



**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie (kombinovaná)



**Alice Herešová**

**GENDEROVÉ ROZDÍLY VE VNÍMÁNÍ HAGIOTERAPIE  
V TERAPEUTICKÉM PROCESU ÚSTAVNÍ LÉČBY ZÁVISLOSTI ŽEN A  
MUŽŮ**

**v Psychiatrické nemocnici Bohnice**

Gender differences in perception of hagiotherapy in therapeutic  
process of men and women addiction treatment in the Psychiatric hospital  
Bohnice

**Diplomová práce**

Praha, 2016

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala zcela samostatně, že jsem všechny použité prameny uvedla a řádně citovala a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s uložením elektronické verze této diplomové práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne .....

.....

Alice Herešová

## Identifikační záznam

HEREŠOVÁ, Alice. Genderové rozdíly ve vnímání hagioterapie v terapeutickém procesu ústavní léčby závislosti žen a mužů v Psychiatrické nemocnici Bohnice. *Gender differences in perception of hagiotherapy in therapeutic process of men and women addiction treatment in the Psychiatric hospital Bohnice*. Praha, 2016. Počet stran 96, 2 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2016. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Jaroslav Vacek.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce, Mgr. Jaroslavu Vackovi za trpělivost, vstřícný přístup a cenné rady. Děkuji také MUDr. Mgr. Prokopovi Remešovi, nejen za možnost účastnit se hagioterapie, ale také za rozhovory. Děkuji rovněž Mgr. Pavle Státníkové za poskytnuté rozhovory a cenné postřehy, jež mi byly inspirací. Moc si vážím času a osobní statečnosti pacientů z pavilonů 7, 8 a 35, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. MgA. Kláře Formanové děkuji za její přátelství, za její typicky nádherný nadhled a za podporu, kterou mi poskytuje po celou dobu mého studia. Oporou mi byl také můj tatínek, Ing. František Kuchtík CSc., který trpělivě snášel mé krize a propady. Mým synům - Filipovi, Kryštofovi a Benjaminovi děkuji za jejich lásku a smysl pro humor, kterým mě povzbuzují. Na samý závěr děkuji Radimovi, děkuji mu za to, že vždycky při mně a našich dětech stojí, povzbuzoval mě při psaní této práce a je mi oporou posledních třicet let našeho společného života.

## **Abstrakt**

Předmětem diplomové práce je analýza genderových rozdílů ve vnímání hagioterapie v ústavní léčbě mužů a žen v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Cílem práce je zjistit, jak pacienti Psychiatrické nemocnice Bohnice reflektují význam hagioterapie v procesu vlastní léčby závislosti a zda jsou tyto reflexe ovlivněny genderovými rozdíly.

Teoretická část práce pojednává o tom, co je gender, genderovým rozdílům mezi závislými, genderovým rozdílům ve vzniku a rozvoji závislosti, pozornost je věnována genderově vstřícným léčebným programům. Dále se práce zabývá existenciální terapií a skupinovou terapií a v neposlední řadě hagioterapií jakožto specifickou formou skupinové terapie, jež vychází z existenciálních směrů.

Praktická část práce se zabývá výzkumem genderových rozdílů ve vnímání hagioterapie mezi pacienty v léčbě v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Výzkumný soubor sestává z celkového počtu 16 respondentů, s nimiž bylo vedeno polostrukturované interview. Data byla analyzována metodou otevřeného a axiálního kódování, jednotlivé kategorie byly popsány a vzájemně porovnány.

Výzkumná část potvrzuje, že skutečně existují významné genderové rozdíly mezi respondenty, nikoliv však v tom, jakým způsobem hagioterapii vnímají, ale v tom, jakým způsobem zpracovávají jednotlivé podněty a jakým způsobem na ně hagioterapie působí. Gender hraje významnou roli v mnoha aspektech, přičemž nejvýraznější rozdíly jsou patrné v interakcích pacientů s psychoterapeuty.

Klíčová slova: závislost, hagioterapie, genderové rozdíly, existenciální terapie, Bible

## **Abstract**

The aim of this study is to analyze gender differences in perception of hagiotherapy in therapeutic process of men and women addiction treatment in the Psychiatric hospital Bohnice.

The first part of the thesis is intended to be a theoretical framework for the following practical survey and this part deals with the terms of gender, gender differences in addiction, gender specific addiction and recovery treatment and describes the existential psychotherapy, the group psychotherapy and hagiography as a special form of group existential psychotherapy.

The second part of the thesis deals with the research, which contains utterances of 16 respondents who took part in the hagiotherapy in the Psychiatric hospital Bohnice. A method of semi-structured interview was used and the utterances were analyzed in detail in order to reveal gender differences. The method of the open and axial coding were used, particular categories were described and compared.

The research part of the thesis confirms that there truly are major gender differences between men and women in treatment, but not in the perception of the hagiotherapy, but in the way they process singular impulses and in the way they are affected by the hagiotherapy. Gender plays a major role in several aspects and the most significant differences can be seen in the interactions between the patients themselves with the therapists.

Key words: addiction, hagiotherapy, gender differences, existential therapy, Bible

## Obsah

1	Úvod .....	11
2	Gender, závislosti a adiktologie.....	13
2.1	Co je gender? .....	13
2.2	Genderové rozdíly mezi závislými .....	15
2.3	Genderové rozdíly .....	16
2.4	Vznik závislosti u žen a mužů.....	18
2.5	Genderové rozdíly v závislostech – etiologické a patogenetické faktory.....	18
3	Ženy a muži jako specifické cílové skupiny v adiktologii .....	20
3.1	Specifika žen – uživatelé .....	22
3.2	Specifika mužů - uživatelů .....	23
3.3	Charakteristika konzumace u drogově závislých žen a mužů.....	24
3.4	Genderové skupiny a genderově vstřícné léčebné programy.....	25
3.5	Gender v psychologii a v psychoterapii .....	26
4	Existenciální psychoterapie.....	27
4.1	Téma smrti.....	29
4.2	Smysl života.....	30
4.3	Svoboda.....	31
4.4	Bio-psycho-sociálně-spirituální/existenciální model závislosti .....	32
5	Skupinová terapie.....	34
6	Hagioterapie jako forma skupinové existenciální terapie .....	36



6.1	Vznik a vývoj hagioterapie .....	37
6.2	Cíle a metody hagioterapie.....	40
6.3	Pro koho je hagioterapie určena.....	41
6.4	Hagioterapeutická setkání .....	42
7	Použité metody.....	45
7.1	Zaměření výzkumu .....	45
7.2	Metoda tvorby dat .....	46
7.2.1	Jádro interview - otázky kladené v rozhovoru (příklady konkrétních otázek).....	47
7.3	Výzkumný soubor .....	47
7.3.1	Popis tvorby dat a výzkumného souboru .....	49
7.4	Metoda analýzy dat.....	50
7.5	Etika výzkumu.....	50
8	Výsledky výzkumu.....	52
9	Účinné faktory hagioterapie.....	52
9.1	Terapeutický vztah.....	52
9.2	Terapeutické prostředí .....	57
9.3	Bible a nadčasové biblické příběhy .....	58
10	Druhá fáze – emočně korektivní zkušenost, abreakce, katarze ..	62
10.1	Traumata .....	63
10.2	Vzpomínky na dětství .....	66
10.3	Verbalizace .....	67
11	Volba alternativ – třetí fáze v procesu léčby .....	69

11.1	Rozhodnutí .....	71
11.2	Druhá šance .....	73
12	Skupinová dynamika.....	75
12.1	Vztahy ve skupině.....	75
12.2	Naslouchání druhým, akceptování jinakosti .....	76
12.3	Touha po svépomoci a touha pomáhat druhým .....	77
13	Specifická genderová témata v hagioterapii a jejich význam .....	79
14	Diskuse .....	85
15	Závěr.....	90
16	Použitá literatura .....	91
17	Přílohy.....	96

# 1 Úvod

Letos uplynulo přesně 16 let od založení Společnosti pro hagioterapii a pastorační medicínu v Psychiatrické nemocnici Bohnice (dále jen PN Bohnice) a ačkoliv zde má hagioterapie v terapeutickém procesu léčby závislostí své pevné místo, jedná se stále o metodu, jež je relativně mladá a jejíž teoretický rámec nebyl dosud v odborné literatuře popsán. Již při psaní bakalářské práce jsem si uvědomovala jedinečnost této terapie a velmi mě překvapuje, že je tomuto tématu věnováno relativně málo pozornosti, a to nejen v prostředí českém, ale rovněž v prostředí zahraničním.

Tato diplomová práce si klade za cíl zjistit, jaký význam přikládají pacientky a pacienti PN Bohnice hagioterapii v terapeutickém procesu léčby závislostí a jaký význam pro ně tato forma terapie má v jejich osobním životě. Specifickým cílem této práce je zjistit, zda jsou tyto reflexe ovlivněny genderovými rozdíly, tyto rozdíly popsat a vzájemně porovnat.

Práce je rozdělena do dvou základních částí, část teoretická (kapitoly 1–6) a část praktická, výzkumná (kapitoly 7–14). První část slouží jako teoretická základna pro část praktickou a jejím cílem je poskytnout základní informace o genderu, skupinové terapii, hagioterapii a o rozdílech v závislostním chování mužů a žen.

Druhá část práce zahrnuje realizovanou studii. Jedná se o kvalitativní výzkum, založený na polostrukturovaných rozhovorech, výsledky jsou zpracované metodou otevřeného a axiálního kódování. Cílem práce ve výzkumné části je odpovědět na následující otázky: Jak respondenti reflektují význam hagioterapie v procesu vlastní léčby závislosti? Jaké místo a hodnoty by respondenti přiřadili hagioterapii ve svém životě? Příkladají respondenti některým prvkům hagioterapie subjektivně vyšší význam? Pokud ano, jakým a proč? Vyskytují se ve vnímání hagioterapie mezi respondenty významné genderové rozdíly? Pokud ano, jaké?

Motivací pro realizaci výzkumu je osobní dlouhodobý zájem o hagioterapii, s níž jsem se setkala v průběhu svého profesního života v rámci mého působení na ženských odděleních závislostí v PN Bohnice.

Pokud jde o použitou odbornou literaturu, z prací v anglickém jazyce se problematice genderu věnuje britská feministka a socioložka Ann Oakleyová v knize Pohlaví, gender a společnost (vyšlo rovněž v českém překladu v nakladatelství Portál), problematice genderu a závislosti se věnují Shulamith Lala Ashenberg Straussová a Elisabeth Zelvin, americké psychologové, jež jsou editorkami kolektivní monografie Gender and Addictions: Men and Women in Treatment, jež vyšla poprvé roku 1997 v New Jersey, a v neposlední řadě je třeba jmenovat práci EMCDDA (Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost) autorek Deborah Olszewski, Isabelle Giraudon, Dagmar Hedrich a Lindy Montanari, která vyšla v českém překladu roku 2010 pod názvem Hlasy žen: Zkušenosti a vnímání žen, které musí v Evropě čelit problémům souvisejícím s drogami.

Z prací české provenience se otázce genderu věnuje monografie Jana Poněšického, Fenomén ženství a mužství, která poprvé vyšla v Praze roku 2008, dále pak kapitola z pera předního odborníka Kamila Kaliny v publikaci Terapeutická komunita s názvem Gender: ženy a muži jako specifické cílové skupiny. V neposlední řadě je třeba jmenovat četné práce Ilony Preslové, z nichž jmenujme například sborník Ženy a drogy, jež vyšel v Praze roku 2009. Pro úplnost je ještě nutné uvést, že problematikou genderové analýzy v psychoterapii se zabývá monografie Kateřiny Machovcové Nesamozřejmé perspektivy, která vyšla v Brně roku 2011.

Tématu skupinové terapie se věnuje monografie amerického psychologa, nestora v oboru existenciální psychoterapie, Irvina Yaloma, která vyšla v češtině pod názvem Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Z prací české provenience je nutné zmínit monografii z pera Stanislava Kratochvíla, Skupinová psychoterapie v praxi.

Již bylo uvedeno, že tématem hagioterapie se zabývá pouze minimum odborných publikací. Z prací české provenience je nutné zmínit publikaci Prokopa Remeše a Aleny Halamové, Nahá žena na střeše, která vyšla poprvé v Praze roku 2004 a která je základní publikací pro kohokoliv, kdo se chce věnovat tématu hagioterapie. Prokop Remeš, nestor hagiografie v PN Bohnice, je rovněž autorem řady článků, které se tématu

hagioterapie věnují. Ucelená monografie však dosud neexistuje v prostředí českém, ani v zahraničí. Pokud jde o téma genderových rozdílů v hagioterapii, toto téma je dosud neprobádané jak v prostředí českém, tak v literatuře zahraniční.

Na závěr je nutno uvést poznámku k formální stránce práce. V textu je použito výrazu pacient, pacientka, neboť předmětem výzkumného souboru ve druhé části této práce byli ti klienti, kteří jsou na odděleních závislostí PN Bohnice hospitalizováni. Cizí ženská jména nejsou přechylována.

## **2 Gender, závislosti a adiktologie**

### **2.1 Co je gender?**

Pojem gender byl do českého jazyka převzat z angličtiny a je označením pro kulturně a sociálně podmíněné odlišnosti mezi muži a ženami. Vzhledem k tomu, že dosud neexistuje žádná obecně vymezená definice tohoto termínu, nezbyvá, než pracovat se syntézou dostupných charakteristik. Gender bývá někdy zaměňován s termínem „pohlaví“ (v angličtině sex). Zatímco gender je označením pro odlišné, sociálně a kulturně podmíněné chování, „pohlaví“ je spíše označením pro biologické rozdíly mezi muži a ženami (Straussner & Zelvin, 2006).

Česká socioložka Marie Čermáková, jež je autorkou předmluvy k českému vydání knihy Ann Oakley, která vyšla pod názvem *Pohlaví, gender a společnost*, definuje gender jako „sociální konstrukt, který vyjadřuje, že vlastnosti a chování spojované s obrazem muže a ženy jsou formovány kulturou a společností. Na rozdíl od pohlaví, které je univerzální kategorií a nemění se podle času či místa, působení gender ukazuje, že určení rolí, chování a norem vztahujících se k ženám a k mužům je v různých společnostech, v různých obdobích či různých sociálních skupinách rozdílné“ (Čermáková, cit. in: Oakley, 2000, str. 12).

Pohlaví je podle Čermákové „jednou ze dvou základních biologicko-sociálních charakteristik každého lidského jedince“. V češtině se často setkáváme se souslovím sociální pohlaví, případně sociální rod, které bývají

někdy používány synonymně s termínem gender. Podle Velkého sociologického slovníku je sociální pohlaví tím, které má jedinec úředně zapsáno. U většiny osob se uvedené vymezení pohlaví překrývají, a tedy shodně vedou ke stanovení, zda jde o muže či o ženu (Petrusek, 1996).

V současné době existují genderová studia (*gender studies*), jejichž předmětem je výzkum, který se snaží objasnit, jaké chování je biologicky podmíněno a jaké chování je dané pouze důsledkem kulturního vývoje společnosti. Podstatou genderové analýzy je, že pracuje s „ženskou zkušeností“ jako instrumentem výzkumu. Podle Čermákové tkví zásadní přínos tohoto kroku ve zjištění, že „*tvrzení, hodnocení či sondy, které jsou z hlediska pohlaví pokládány za neutrální, ve skutečnosti vyjadřují optiku muže*“ (Čermáková, cit. in: Oakley, 2000, str. 12).

S otázkou genderu souvisí další dva pojmy, totiž genderová role a genderová identita. Genderová role je souborem určitých pravidel, zpravidla nepsaných a neformálních, přičemž tato pravidla stanovují, které chování je klasifikováno jako výlučně ženské a které chování přísluší výlučně mužům (Preslová, 2015). Genderová identita je potom osobní identifikací jedince s mužským nebo ženským pohlavím. V každé společnosti existují jakési ideály mužství a ženství a s nimi související očekávané způsoby chování. Každý jedinec se s přibývajícím věkem těmto ideálům a očekávaným způsobům chování snaží přizpůsobovat. Činí tak pod vlivem socializace, která je úspěšná právě v okamžiku, kdy se daný jedinec ztotožní s genderovou identitou, jež mu byla přisouzena. (Fafejta, 2004, cit. in Spurná, 2012).

V posledních letech je zřejmé, že právě gender a genderová problematika jsou všudypřítomné, stejně tak jako jejich dopady ve všech oblastech lidského života. Gender a genderové otázky jsou velmi důležité jak v klinické psychoterapii, tak v léčbě závislostí. Pohlaví hraje jednak roli v odlišném způsobu užívání návykových látek u žen a u mužů, dále potom v rozdílných reakcích žen a mužů na tyto látky, liší se také reakce blízkého okolí a společnosti na závislé muže a závislé ženy, liší se rovněž způsoby, jakými vyhledávají ženy a muži odbornou pomoc a v neposlední řadě také

jejich interakce s psychoterapeuty jsou odlišné – právě v závislosti na pohlaví klientů (Straussner & Zelvin, 2006).

Užívání návykových látek je, stejně jako vznik a vývoj závislosti, do určité míry ovlivněné nejen gendery, ale také biologickými odlišnostmi mezi ženami a muži (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost [EMCDDA], 2010). Právě shora uvedené napovídá, že je nezbytné věnovat pozornost otázkám odlišných potřeb žen a mužů v léčbě závislostí.

## ***2.2 Genderové rozdíly mezi závislými***

Otázce genderových rozdílů mezi uživateli drog začali vědci věnovat pozornost ve zvýšené míře až ve druhé polovině 80. let 20. století, což souviselo zejména s rozvojem feministického hnutí. Do té doby se odborná literatura zabývala touto problematikou s akcentem na mužskou populaci, a z tohoto důvodu první studie věnované závislým ženám popisovaly tuto problematiku výlučně z mužského pohledu (Anderson, 2001). Od 90. let 20. století se s tímto tématem setkáváme také v České republice. V současné době existuje řada studií, jež prokazují, že vznik závislosti a průběh užívání se u obou pohlaví velmi liší. Výzkum se nejprve dlouho zaměřoval na témata prevence, léčby, a snižování rizik vzniku závislosti u jednotlivých pohlaví (Zilberman, 2009). Vzhledem k tomu, že statistická data i zkušenosti adiktologů z praxe prokazují, že rozdíly mezi závislými ženami a muži jsou natolik významné, že někdy vyžadují rovněž odlišný přístup, je dnes pozornost soustředěna zejména na genderově vstřícné programy (Preslová, 2015).

V České republice je zhruba 17–20 % dospělé populace vykazující rizikovou konzumaci alkoholu (asi 1,5–1,7 milionu osob), z toho je zhruba 5–8 % populace (450–700 tisíc dospělých) na alkoholu závislých, případně se nachází v takzvaném vysokém riziku škodlivého pití. Odhady pro rok 2013 hovoří o zhruba 44,9 tisících problémových uživatelů drog (Mravčík, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2014). Pokud jde o hazardní hraní, největší riziko z hlediska rozvoje problémového a patologického hráčství u nás představují elektronická herní zařízení (dále jen EHZ; až 83 % z celkového počtu hráčů jsou právě hráči na EHZ). Podíl osob v riziku v souvislosti s hraním sázkových her tvoří 4–5 % obecné populace (ve věku

15–64 let), tedy 325–264 tisíc osob. Problémoví hráči tvoří 1,7–2,3 % dospělé populace České republiky ve věku 15–64 let (123–170 tisíc osob), přičemž ve vysokém riziku patologického hráčství je 0,6–1 % populace (přibližně 40–80 tisíc osob). Polovina z nich jsou osoby ve věku 15–34 let. (Mravčík, Hazardní hraní, 2014).

Existuje rovněž značný nepoměr mezi počtem uživatelů a uživatelék návykových látek. Tento jev byl v minulosti prokázán také v zahraničí (Anderson, 2001). Ačkoliv má dlouhodobý trend poměru počtu závislých mužů k závislým ženám v daném časovém úseku na území České republiky výrazně zužující se charakter,<sup>1</sup> stále je o polovinu méně závislých žen než mužů (Nešpor, 2007). Disproporce existuje také v počtu uživatelék drog obecně a uživatelék drog v léčbě. Reflektujeme rovněž nepoměr využívání služeb 1:3 vůči rozložení žen a mužů na drogové scéně s poměrem 1:2, přičemž podle Ilony Preslové (2015) je otázkou, zda tento nepoměr není právě důsledkem nedostatečného zohlednění specifik a potřeb ženské klientely v programech a službách, či zda zde nehrají roli také další faktory.

Otázka genderových specifik závislých byla v České republice intenzivně diskutována především v 90. letech 20. století, kdy se odborníci stále častěji setkávali s dětmi narozenými drogově závislým ženám. Role drogově závislé ženy-matky s sebou nese genderově specifický fenomén dvojí deviace. Tento označuje ženu za deviantní jednak pro její užívání návykových látek, a jednak proto, že nenaplnila ženskou roli (potažmo ani roli mateřskou) tak, jak od ní společnost očekávala (Preslová, 2015).

## **2.3 Genderové rozdíly**

Mnohé studie v současné době poukazují na vrozené, biologicky podmíněné rozdíly mezi muži a ženami, jež se projevují například v míře agrese a psychické odolnosti jedince, přičemž bývá zdůrazňováno, že muži

---

<sup>1</sup> Pro konkrétní představu si vezměme poměr počtu přijetí do psychiatrických lůžkových zařízení pro poruchy vyvolané alkoholem. V roce 1975 to bylo cca 11 mužů na jednu ženu (Nešpor, 2007). V dnešní době jsou to 2 muži na jednu ženu (Nechanská, 2013)!



se jeví být jak více agresivní, tak také zranitelnější než ženy, a to zejména v dětství a dospívání a ve stáří. (Straussner & Zelvin, 2006). Někteří odborníci, kteří se zabývají psychologickou a sociální dynamikou, poukazují na skutečnost, že genderové rozdíly nereflektují pouze vrozené a instinktivní pohnutky, motivy a schopnosti, ale odrážejí také „sociální posilování“ vybraného chování. Genderové rozdíly existují ve všech sférách lidského života, počínaje vzděláním, profesním životem, rodinným životem, ale setkáváme se s nimi také ve vztazích, v sexualitě a v mnoha dalších oblastech. Je prokázáno, že ženy volí ve srovnání s muži odlišné strategie v otázce vzdělání i kariéry. Jako příklad můžeme uvést tvrzení, že pro ženy je ve většině případů rodina důležitější než práce, zatímco muži spíše upřednostňují kariéru před rodinou (Straussner & Zelvin, 2006).

Existuje rovněž řada studií, které se zaměřují na otázku genderových rozdílů v otázce určování a vnímání příčin a následků. Zatímco ženy častěji přisuzují neúspěch nedostatku vlastních schopností, muži tíhnou k tomu, že vlastní neúspěch svalují na externí faktory, například na přílišnou obtížnost úkolu, či jeho neobjektivní hodnocení. Obecně, ženy a dívky spíše obviňují samy sebe, zatímco muži či chlapci své neúspěchy externalizují<sup>2</sup> a viní z nich druhé, či případně je připisují okolnostem. Tato skutečnost má velký význam i pro praxi vlastní psychoterapeutické léčby závislostí.

Zajímavá zjištění přinesly výzkumy, jež se zabývaly otázkou genderových rozdílů v komunikaci a v komunikačních vzorcích. Podle De Langeho existuje velký rozdíl v tom, zda je posluchačem žena či muž, neboť obě pohlaví „používají odlišné chování a strategie a ve skutečnosti mohou vnímat zcela rozdílné věci a sdělení“. Jako příklad de Lange uvádí, že muži častěji vnímají spíše podstatu sdělení, zatímco ženy se zaměřují hlavně na detaily. Muži navazují méně často oční kontakt a méně často přikyvuji tomu, komu naslouchají, zatímco ženy se také mnohem více ptají a snaží se udržovat komunikaci. Výzkumy prokazují, že překvapivě jsou to muži, kdo

---

<sup>2</sup> Externalizace je tendence přenášet do okolního světa svá pudová přání, konflikty, způsoby myšlení a nálady, opakem externalizace je internalizace neboli interiorizace, kdy jedinec myšlenky postoje, hodnoty, společenské normy a ideje přijímá za své (Hartl & Hartlová (2009), str. 151).

více mluví. Ženy naopak projevují více empatie a lépe vnímají neverbální složky projevu, jejichž význam jsou schopny lépe (a také správněji) rozluštit (De Lange, 1995, cit. in: Straussner & Zelvin, 2006). Rozdílné vzorce a komunikační strategie můžeme vnímat také u skupinových terapií. Ukazuje se, že zatímco jsou muži v těchto skupinách charakterizováni jako více soutěživí, ženy bývají označovány za ty, které více a ochotněji spolupracují.

## **2.4 Vznik závislosti u žen a mužů**

Závislost u žen vzniká rychleji, po nižších dávkách, vzhledem k tělesné konstituci (nižší tělesná hmotnost, mnohdy vyšší obsah tuku v těle, nižší aktivita určitých enzymů, hormonů, neurochemické procesy v mozku a další) a vzhledem ke skutečnosti, že ženy mají menší játra, která ve větší míře metabolizují hormony, je prokázáno, že návykové látky působí v těle ženy mnohem silněji, než u muže. Rovněž zdravotní obtíže se zpravidla objevují dříve (Reed & Evans, 2009). S rychlejším vznikem závislosti souvisí předčasné dospívání dívek, které je spojováno s pitím alkoholu a s kouřením tabáku v nižším věku. Například v abúzu alkoholu u žen hraje rovněž významnou roli menstruační cyklus a premenstruační syndrom, kdy některé ženy trpí značnými výkyvy v emoční oblasti. Zejména v luteální fázi menstruačního cyklu ženy trpí depresi a v souvislosti s tím konzumují větší množství alkoholu (Newman & Mello, 2009).

Muži „vděčí“ své tělesné konstituci a odlišnému rozložení tukové tkáně v těle (muži mají nižší podíl obsahu tuku v těle) a tedy i odlišnému metabolismu za pomalejší rozvoj závislosti. Vzhledem k tomu, že muži na stres zpravidla nereagují fyziologicky, nemají somatické projevy jako ženy (zvracení, průjmy), jsou emocemi méně oslabeni, jsou méně ohroženi, neboť závislost rychleji nastupuje v okamžiku, kdy jsou ženy emociálně a fyzicky oslabené.

## **2.5 Genderové rozdíly v závislostech – etiologické a patogenetické faktory**

Pokud jde o duševní zdraví a emocionální problémy, ukazuje se, že i zde existují značné genderové rozdíly. Epidemiologické a klinické studie

poukazují na skutečnost, že mezi oběma pohlavími jsou v psychopatologii jedinců patrné značné rozdíly.

Závislé ženy častěji vykazují problémy s duševním zdravím, trpí například úzkostmi a depresemi. V souvislosti s výskytem fyzického či případně psychického týrání se u žen rozvíjejí také posttraumatické stresové poruchy. Ani poruchy příjmu potravy nejsou výjimkou (Kalina, 2013). V neposlední řadě je nutné uvést, že se u žen také častěji objevuje chronická deprese (dysthymia), záchvaty paniky a nejrůznější fobie, sexuální dysfunkce, somatizační poruchy (dlouhodobé, somaticky nepodmíněné) a také takzvaná hraniční porucha osobnosti.

U mužů bývají indikovány následující syndromy: antisociální (disociální) porucha osobnosti, hyperaktivita, poruchy pozornosti, patologické gamblerství, parafilie (sexuální deviace) a poruchy spojení s užíváním dané návykové látky (Straussner & Zelvin, 2006). Závislí muži mívají rovněž častější kriminální anamnézu. Přestože ženy trpí častěji depresemi, je prokázáno, že vyšší sklony k sebevražednému jednání mají muži.

U mužů, kteří se léčí, bývá depresivní symptomatika sice obvykle méně intenzivně vyjádřena, na druhou stranu se však zlepšuje obtížněji a pomaleji (Preslová, 2015, str. 562). Muži, kteří jsou závislí na hazardu, se také potýkají s problémy v oblasti duševního zdraví. Zcela běžné jsou pocity viny, úzkosti a deprese, které následně vedou k psychosomatickým potížím provázeným zvýšeným pocením, nechutenstvím, nespavostí, nauzeou a zvracením. Běžné je kouření, nadměrné užívání alkoholu, které jdou ruku v ruce s užíváním dalších návykových látek (Mravčík, Hazardní hraní, 2014). Muži, kteří zneužívají návykové látky (především látky nelegální), vykazují často poruchy identity, nejasnou identifikaci s vlastním tělem a se sexuální rolí. Takoví muži jsou velmi často emočně závislí na původní rodině, charakteristická je pro ně osamělost a nízká schopnost úspěšně navazovat a opouštět jakékoliv mezilidské vztahy (Preslová, 2015, str. 563).

### 3 Ženy a muži jako specifické cílové skupiny v adiktologii

Rozdíly v problematice drog u žen a u mužů jsou mnohdy natolik významné, že obě skupiny vyžadují odlišný přístup. Je však pravdou, že většinou jsou za specifickou cílovou skupinu považovány jen ženy (Kalina, 2008). Ke zvláštním charakteristikám žen užívajících návykové látky patří již jednou zmiňovaná větší stigmatizace, jejich problémy jsou více skrývané, tabuizované a méně uvědomované, než problémy mužů (Kalina, 2008). Právě kulturní tabuizace a stigmatizace vedou k tomu, že samotné ženy – uživatelky drog, si často problémy s užíváním návykových látek nepřipouštějí a neuvědomují si je často ani jejich rodiny. Kalina (2008) uvádí, že často si tuto skutečnost neuvědomují ani pomáhající profesionálové, kteří by měli ženy ve vyhledání léčby podporovat. Již jednou zmiňovaný problém dvojí deviace má vliv na to, že těhotné ženy a mladé matky, které jsou závislé na návykových látkách, čelí sociálnímu odsouzení. Sociální klima tak brání ženám vyhledat a zahájit léčbu. Jak vzpomněla Ilona Preslová na konferenci *Drogy, ženy a my*, terapeutičtí pracovníci se teprve postupně naučili neodsuzovat klientky za užívání drog v těhotenství a za nezáměr o dítě stejně tak, jako ostatní klienty neodsuzují z toho důvodu, že jsou drogově závislí (Preslová, 2009). Nejedná se však pouze o problém drogové závislosti. Přestože je společnost v posledních letech vůči konzumaci alkoholu a drog ženami-uživatelkami stále benevolentnější, i nadále převažuje mnohem kritičtější postoj k závislým ženám ve srovnání se závislými muži. Zvláště odmítavému postoji potom čelí alkoholově či drogově závislé těhotné ženy a matky. Podle Preslové tento negativní tlak společnosti těmto ženám znemožňuje, aby vyhledaly a přijaly léčbu (Preslová, 2015).

Pokud jde o již zmíněnou problematiku stigmatizace a tabuizace, Vondráčková (2011) popisuje takzvaný koncept trojí stigmatizace – první stigmatizace je společná oběma pohlavím, neboť syndrom závislosti (v tomto případě na alkoholu) je připisován morální slabosti, případně nemoci, kterou si uživatelé přivodili sami. Druhá stigmatizace souvisí s tím, že na ženy jsou často kladeny daleko vyšší morální nároky, než je tomu u mužů. V souvislosti s konzumací alkoholu či s jinou závislostí pak ženy v porovnání s muži upadají více v nemilost. Třetím zdrojem stigmatizace je

následně přesvědčení, že pití alkoholu (ale stejně tak konzumace jiných drog) jsou ve společnosti v případě žen spojené s představou ztráty sexuálních zábran. Pití o samotě, skrývání problému s alkoholem a i nižší pravděpodobnost vyhledání léčby jsou toho přímým důsledkem (Schmidtová, 2007). Z výše uvedených důvodů často ani nejbližší okolí ženy dlouhou dobu netuší, jak velký problém žena s konzumací alkoholu má. Abusus alkoholu u žen i mužů se objevuje stále v nižších věkových skupinách, přičemž přímým důsledkem tohoto jevu je skutečnost, že závislost na alkoholu u žen stále více zasahuje do reprodukčního věku ženy a souvisí s problémovým pitím alkoholu v období těhotenství (Schmidtová, 2007).

Muži častěji užívají drogy proto, aby si navodili povznesený stav mysli, zatímco ženy tak činí proto, aby se zbavily stresu. Jinými slovy, muži berou drogování jako zábavu, zatímco ženy spíše jako samoléčbu, kterou si naordinují proto, aby dosáhly odstranění problémů, jež je trápí (Haseltine, 2000). Pokud jde o sociální původ a rodinné zázemí, studie uvádí, že závislé ženy častěji než závislí muži pocházejí z rodin, kde alespoň jeden z rodičů je závislý na alkoholu, nebo drogách, či případně má za sebou kriminální činnost. Je prokázáno, že ženy jsou více závislé na rodinném prostředí a na vztazích s členy své rodiny. (Chen, 2009.) Ze studií vyplývá, že zatímco drogově závislí muži častěji propadají drogám proto, aby zapadli do společnosti či se přizpůsobili jejím očekáváním, případně aby vytěsnili nějaké své trápení z dětství, u žen jsou motivy odlišné. Ženy podléhají závislostem ve snaze vypořádat se s emocionálními problémy, s depresemi, případně za účelem internalizovat svá trápení z dětství (Haseltine, 2000). Podle Kaliny jsou emoční a vztahové problémy u žen posléze v mnoha případech také důvodem pro relaps (Kalina, 2013).

V souvislosti s tím pak vzniká genderově specifické pojetí ženské a mužské závislosti na návykových látkách, přičemž determinanty ženské závislosti se mnohem častěji hledají v sociálních faktorech, nikoliv ve faktorech osobnostních (Kalina, 2008). Právě sociální, iatrogenní a psychologické komplikace závislosti u žen spolu s odkládáním léčby kvůli obavám ze stigmatizace souvisí se vznikem velmi závažných, život ohrožujících stavů (Kalina, 2008).

### **3.1 Specifika žen – uživatelé**

Ženy bývají do užívání drog často zasvěceny svými partnery a jejich specifikem je tedy zpravidla nižší věk první zkušenosti s návykovými látkami (Anderson, 2001). Podle Vobořila je na vině skutečnost, že „dívky mají starší partnery, kteří je mohou povzbudit k počátku užívání“ (Vobořil, 2003, cit. in Kabíčková, 2014). V nejednom případě ženy setrvávají v užívání drog proto, aby si udržely vztah k partnerovi, který je také závislý (Kalina, 2013). Velká psychická či existenciální závislost na partnerovi se objevuje ve všech fázích práce s drogově závislými matkami (Preslová, 2015). Jejich léčba často selhává právě proto, že drogově závislé matky v léčbě nejsou schopny ukončit vztahy se svými rizikovými partnery (převážně otci alespoň jednoho z dětí), přičemž jsou si vědomy skutečnosti, že jejich partner je nebo byl uživatelem návykových látek a představuje tedy riziko pro abstinenci matky (Hanzal, 2007). Na druhou stranu, jsou to právě ženy, které častěji přestávají s užíváním drog právě kvůli rodině a dětem, na rozdíl od mužských protějšků (Anderson, 2001).

Kromě již výše popsaného fenoménu dvojí/ trojí deviace je dalším specifikem ženské klientely zvýšený výskyt fenoménu sexuálního zneužívání a prostituce v anamnéze závislých žen. Tyto ženy nejsou často schopné posoudit, jaké chování je vůči nim násilné a nepřijatelné a určit hranice tohoto chování. Podle Preslové (2015) se v současné době velmi často potvrzuje, že příčiny drogové závislosti žen mají přímou souvislost s řadou traumat a psychických potíží typu psychického či fyzického zneužívání v průběhu dětství a dospívání. Studie ukazují, že právě u žen, které byly vystaveny násilí, psychickému týrání nebo sexuálnímu zneužívání, je několikanásobně vyšší pravděpodobnost, že v budoucnu podlehnou závislosti na alkoholu nebo na drogách (Covington, 2008).

Pokud jde o prostituci, drogově závislé ženy si často na drogy vydělávají přímou či nepřímou prostitucí. V průběhu léčby jsou tyto klientky značně zdržlivé, stydlivé, projevuje se u nich nízké sebevědomí, problematický nebo negativní vztah ke svému tělu a neschopnost navazovat normální mezilidské vztahy (Preslová, 2007). V souvislosti s prostitucí žen se setkáváme rovněž se dvěma odlišnými typy závislých žen – první skupinu tvoří ženy, které byly primárně závislé na drogách a které se začaly

prodávat za účelem získat peníze na drogy, a druhou skupinu tvoří profesionální prostitutky, které začaly brát drogy proto, aby byly schopny vykonávat či snášet prostituci, a teprve tímto způsobem se dostaly do závislosti. Obě skupiny se vzájemně velmi odlišují a rovněž se vůči sobě značně vymezují, navzájem se od sebe distancují (Preslová, 2015). U žen, které provozují prostituci je rovněž časté nadměrné užívání dalších látek, například alkoholu.

Podle Preslové (2015) je pro drogově závislé ženy rovněž charakteristické, že na počátku užívání drog jsou velmi aktivní, ale při rozvinuté drogové závislosti se dostávají do závislosti na mužích. V tomto případě jde o velmi specifickou formu závislosti, která je odlišná a její příčinou může být jednak fakt, že muži těmto ženám drogy dodávají, nebo jim poskytují ochranu v drogovém světě, či případně tyto ženy nějakým způsobem zneužívají. Preslová rovněž uvádí, že drogově závislé ženy od počátku své závislosti žijí s partnerem jen proto, že se jich na ulici ujal a nejsou později schopné tohoto partnera opustit.

### **3.2 Specifika mužů - uživatelů**

Třebaže je tomuto tématu v současné době věnováno méně pozornosti, což souvisí zejména se snahou vyrovnat se s historicky danou genderovou nerovnováhou ve společnosti, je zřejmé, že muži mají rovněž své genderově specifické problémy, s nimiž je nutné se v rámci adiktologie vypořádat. Například hledání a krize mužské identity či změny role muže a otce a další témata, jež si zaslouží pozornost.

Muži vstupují do léčby častěji než ženy, déle se v ní udrží a také ji častěji dokončí. Velký podíl na této skutečnosti má interference s rodinnými či partnerskými vlivy, muž je častěji podporován v léčbě ze strany partnerky a rodiny. Muži se často cítí ohroženi rozhodnutím své závislé partnerky jít se léčit. Z tohoto důvodu jsou podle Preslové (2015) schopni obrátně vytvořit natolik manipulativní tlak, který zpracuje ženu-matku takovým způsobem, že své dítě krátce po porodu opouští a vrací se do drogové společnosti k závislému partnerovi. Tato jejich strategie je obzvláště úspěšná u žen, které byly v dětství v určité formě manipulovány, zneužívány či ponižovány dominantním mužem v rodině či jejím okolí (Preslová, 2015). Tento jev je

v poslední době na vzestupu v souvislosti s častějším výskytem drogově závislých otců.

Specifikem mužské závislosti je skutečnost, že muži zpravidla návykové látky užívají déle a odbornou pomoc buď nevyhledají vůbec, nebo ji vyhledají velmi pozdě (Brooks & Good, 2001). Otázka alkoholismu je s muži vůbec úzce spjatá, neboť podle Brooks a Good (2001) je konzumace alkoholu v souladu s tradiční genderovou rolí mužů!

Muži jsou ovlivněni ve svých postojích, kromě jiného, také absencí pozitivních mužských vzorů v dětství. Jsou tak zcela nepřipraveni na roli otců a nejsou schopni navazovat zdravé partnerské vztahy. I u mužů je poměrně vysoké procento sexuálně zneužívaných, traumatizovaných, kteří nejsou ochotni o svých zážitcích hovořit a vypořádat se s nimi. Toto souvisí s následným strachem z intimity a sexuality.

Dalším specifikem mužské klientely je vnější agresivita, dominantnost a soupeřivost. Rovněž jsou typické obtíže s emočním vyjádřením a s odkrytím osobní zranitelnosti (Preslová, 2015).

### **3.3 Charakteristika konzumace u drogově závislých žen a mužů**

Ženy ve srovnání s muži více podléhají drogám typu barbiturátů, sedativ a amfetaminů, tedy látkám, jež lze získat legální cestou, například na předpis (Kalina, 2013). Existují studie, které popisují disproporce v předepisování těchto léků ženské a mužské populaci, například benzodiazepiny jsou ženám předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji než mužům. Nejčastějším důvodem pro jejich předepsání jsou potíže spojené s krizí v manželství a s rodinnými problémy. Není ojedinělé ani předepsání benzodiazepinů na léčbu příznaků nepřiznaného abúzu alkoholu, což později vede k již zmiňované zkřížené závislosti s vitálním rizikem (Kalina, 2008). Ženy skutečně častěji berou několik druhů návykových látek najednou (Chen, 2009). V souvislosti s látkami získanými na předpis je nutné zmínit termín iatrogenní závislosti, tedy závislosti způsobené lékaři. (Kalina, 2013).



Muži naopak tíhnou k užívání nezákonných a ostatních návykových látek a také, jak již bylo výše uvedeno, objevuje se u nich častější návykové chování typu gamblerství. Typickým problémovým/ patologickým hráčem, který se v České republice dostal k roku 2013 do léčby je svobodný či rozvedený muž kolem 35 let se středním vzděláním, mírně nadprůměrně finančně situovaný (Mravčík, Hazardní hraní, 2014).

Rovněž alkoholismus převažuje u mužské populace, muži konzumují alkohol častěji než ženy a zpravidla také ve vyšších dávkách (Brooks & Good, 2001).

### **3.4 Genderové skupiny a genderově vstřícné léčebné programy**

„Genderové skupiny přispívají k odhalování specifických témat žen i mužů, mohou je citlivěji reflektovat a připravovat k předložení na společné platformě. Vedou také k lepšímu porozumění vlastní i druhé genderové identitě“ (Kalina, 2013).

Genderový přístup byl zaměřen zpočátku hlavně na ženy jakožto uživatelky drog a zdůrazňoval některé z již výše popsanych faktorů, které označoval za genderově specifické. Feministické koncepty pomohly dotvořit genderově specifické pojetí ženské závislosti na návykových látkách, a toto pojetí odhlíželo od osobnostních faktorů jako možných příčin a mnohem více se soustředilo na faktory sociální, které souvisely s mužskou kulturou, společností a obecně s chováním mužů.

Jak již bylo uvedeno, drogově závislé ženy mají zpravidla méně problémů se zákonem (Preslová & Maxová, 2009), na druhou stranu jsou méně často přijímány do terapeutických programů a z těchto také častěji předčasně odcházejí (Preslová & Maxová, 2009). Podle řady zahraničních studií jsou léčebné programy více orientovány na muže, a ačkoliv není známo, nakolik jsou tyto závěry platné pro situaci v České republice, zkušenosti terapeutů potvrzují, že zařízení, která nabízí speciální programy pro matky-uživatelky, se zpravidla těší vysoké účasti klientek ne-matek. Podle Preslové lze předpokládat, že je tomu tak proto, že klientky vnímají službu v těchto speciálních programech jako přístupnější a bezpečnější (Preslová, 2015).

V současné době je proto upřednostňováno nové pojetí léčby s genderovou citlivostí vůči ženám i mužům, neboť „vyhraněný přístup ke genderové odlišnosti, pokud zahrnuje pouze ženy, nakonec jen udržuje ženské mýty a ženskou stigmatizaci. Genderově vstřícné léčení není exkluzivní pro ženy“ (Naya Arbiter, cit. in Kalina (2013), kapitola 33.3). V České republice jsou v současnosti nabízeny genderově vstřícné programy v alespoň minimální míře v řadě adiktologických služeb a programů (Kalina, 2015).

V České republice je jednou z možností, jak respektovat genderovou citlivost, zařazení oddělených mužských a ženských skupin, jejichž účelem je poskytnout pacientům bezpečný terapeutický prostor pro otevření citlivých témat (Preslová, 2015). Základní terapeutický přístup je ale pro obě pohlaví společný, stejně tak je společná i bazální filosofie uzdravení a cíle zdravého a hodnotného životního stylu.

### ***3.5 Gender v psychologii a v psychoterapii***

Současná společnost nadále předepisuje správné a žádoucí vzorce ženského a mužského chování, což může činit určité problémy oběma pohlavím. Následné pokřivené vnímání sebe sama (pocity povinnosti, nároků, zodpovědnosti a zákazů) či pocity viny, pokud tyto vzorce muži a ženy nenaplňují přirozeně, vedou k traumatizaci a stigmatizaci jednotlivce. Právě socializační tlaky, kterým jsou muži a ženy vystaveni, by měly být reflektovány v terapii.

## 4 Existenciální psychoterapie

Pokud jde o existenciální psychoterapii jakožto obor, je velmi obtížné ji definovat. Podle Irvina Yaloma (2006) se podobá opuštěnému dítěti, které nikam nepatří. Ve filosofii však existuje existenciální tradice a formální existenciální škola filosofie. K pochopení významu a smyslu tohoto typu psychoterapie je nezbytné věnovat několik slov samotnému filozofickému směru, existencialismu.<sup>3</sup> Jeho specifikem je skutečnost, že existencialismus jako takový nelze jednoznačně vymezit, a právě z tohoto důvodu je možné jej definovat skrze základní pojmy, jimiž se zabývá. Jsou jimi například otázka bytí, smrt, volba, svoboda, osobnost či absurdnost. Existencialisté kladou důraz na existenciální tradici, která je podle jejich výkladu všeobjímající a věčná a argumentují tím, že každý myslitel se v určitém místě svého díla či okamžiku svého života pozastavuje nad otázkami života a smrti i jejich smyslu.

Významnou osobností, která stála u zrodu existenciální psychoterapie, byl bezesporu vídeňský lékař Viktor Emanuel Frankl (1905 – 1997). Od ostatních psychoterapeutických proudů se vymezil tím, že nehodnotil člověka jako výsledek intrapsychické vitální dynamiky, ani jako produkt okolních vlivů, ale jako jedince, který může svůj život sám ovlivňovat a utvářet. Zásadní témata jeho učení byly *osoba, existence, hodnoty, svoboda, rozhodnutí a odpovědnost*. Ty všechny pak vztahoval k pojmu *smysl*, z řečtiny *logos*. Odtud tedy název Franklovy psychoterapeutické metody – *logoterapie*<sup>4</sup> (Vybíral & Roubal, 2010). Cílem Frankla bylo obohatit tradiční psychoterapii o specificky lidskou dimenzi duchovna (Frankl, 2011).

---

<sup>3</sup> Podrobněji viz Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha:Portál, str. 14-30.

<sup>4</sup> Jde o metodu, která se zaměřuje na tematiku smyslu lidského bytí a pomáhá ho klientovi nalézt. V praxi se dnes používá jako primární prevence u jedinců trpících existenciální frustrací, kteří se ocitli v krizi, či ztratili životní směr. Nachází uplatnění v psychologii, psychohygieně, sociální práci, oblasti péče o nemocné a umírající či prevenci závislostí, a dalších. (Vybíral, Roubal, 2010)

Dnešní existenciální psychoterapie z Viktora Emanuela Frankla vychází a bývá také označována jako *fenomenologická psychoterapie* (Vybíral & Roubal, 2010). Jejím cílem je dopomoci pacientovi, aby se sžil se svým vnitřním světem, svým jednáním a názory, čímž dochází k uskutečňování jeho opravdové osobní svobody. Teoretickou základnu tohoto typu psychoterapie pak tvoří koncept základních motivací člověka, který přednesl Alfred Längle v roce 1992 na konferenci GLE (Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu) ve Švýcarsku. Jedná se o čtyři základní kategorie lidského bytí a s nimi související čtyři elementární otázky (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Koncept základních motivací člověka

kategorie lidské existence		základní otázka
.	ontologická (vztah ke světu)	Za jakých okolností a podmínek mohu ve světě existovat?
.	vitálně axiologická (vztah k životu)	Je dobré být?
.	etická (vztah k sobě)	Smím být takový?
.	Praktická (vztah k budoucnosti)	K čemu je to všechno dobré? Jaká je moje úloha v životě?

(Vybíral & Roubal, 2010)

Vědeckou základnu existenciální psychoterapie v České republice vytváří od roku 1998 *Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu*

(SLEA), na jejímž poli se odehrávají konference ale i výcvikové programy pro zájemce – odborníky. Svou činností bezprostředně navazuje na Frankla a Längleho, který se počátku působení SLEi u nás v Čechách rovněž účastnil (Balcar, 2007).

Yalom definuje ve své knize Chvála psychoterapie (2004) existenciální psychoterapii jako „*dynamický terapeutický přístup, který se soustředí na starosti plynoucí z existence*“ a současně uvádí, že ji nikdy nepovažoval za „*oddělenou, samostatnou ideologickou školu*“. Existenciální psychotherapeutický přístup předpokládá, že „*vnitřní konflikt, který nás sužuje, nevychází jen z našeho zápasu s potlačeným instinktivním usilováním či z internalizace klíčových dospělých osob nebo z úlomků zapomenutých traumatických vzpomínek, ale také z naší konfrontace s „danostmi“ existence*“ (Yalom, 2004).

Pokud jde o ony danosti existence, je třeba odhlédnout od každodenních starostí a hlouběji se zamyslet nad naší situací ve světě, přičemž pokud tak učiníme, dojdeme podle Yaloma (2004) k hlubinným strukturám existence, z nich jsou pro psychoterapii nejvýznamnější čtyři fenomény: smrt, existenciální osamělost, smysl života a svoboda. V momentě, kdy si tyto otázky lidské existence připustíme, se objevuje úzkost, případně obrany a sebeklamy, pokud se těmto otázkám vyhýbáme (Kalina, 2013).

Základním předpokladem pro terapeutickou práci s existenciálními tématy je však lidská a odborná připravenost terapeuta na otevření a sdílení těchto témat (Kalina, 2013).

#### **4.1 Téma smrti**

Bez ohledu na to, zda si jej připouštíme či nikoliv, fenomén smrti nás pronásleduje po celý život. Abychom se s ním lépe vyrovnali, snažíme se smrt popírat, což je naše základní obranná reakce. Podle Yaloma (2004) je smrt přítomna v každé terapii, a vzhledem k tomu, že jde o hluboké zkoumání průběhu a smyslu života, je nutné tomuto fenoménu v průběhu terapie čelit. Adolpha Meyer, sice „radil neškrábat se tam, kde to nesvědčí“, ale Yalom tvrdí, že tato rada není v existenciální psychoterapii dobře

využitelná, neboť „smrt svědčí neustále a naše postoje ke smrti ovlivňují to, jak žijeme a rosteme a jak klopýtáme a upadáme do nemoci“ (Yalom, 2006, str. 36). Vzhledem k tomu, že smrt v naší existenci je danou jistotou, neměli bychom tento fenomén přehlížet a měli bychom se s ním naučit pracovat, protože „*učit se dobře žít znamená naučit se dobře zemřít*“ (Yalom, 2004).

Yalom (2004) vychází z Heideggera, který ve svém díle *Bytí a čas* (1927) definoval dva druhy existence – každodenní stav, v němž nás ruší materiální okolí, a jsme plni úžasu nad tím, jak to s věcmi ve světě je, a ontologický stav (z řeckého *ontos* ve významu existence), kdy se nacházíme za hranicemi každodenních starostí a zaměřujeme se na bytí *per se*, tedy žasneme nad tím, že věci ve světě jsou. Právě ontologický stav je podle Yaloma (2004) stavem mimořádné připravenosti na osobní změnu. Pro přechod z jednoho stavu do druhého je často zapotřebí naléhavého prožitku, takzvaného hraničního zážitku, jenž nás donutí věnovat pozornost otázce samotného bytí. Nejsilnějším hraničním prožitkem bývá zpravidla konfrontace s vlastní smrtí, případně se smrtí blízkého člověka (Yalom, 2004).

Průběh každé terapie je plný zážitků, a třebaže jsou méně dramatické, i tyto zážitky mohou podle Yaloma (2004) účinně pozměnit perspektivu. Mohou nám pomoci dosáhnout nové úrovně zralosti a moudrosti. Smrt a smrtelnost tvoří horizont všech diskusí o stárnutí, o tělesných změnách, životních stádiích a mnoha dalších významných životních meznících (například životní jubileum, odchod dětí na univerzitu, fenomén prázdného hnízda, odchod do důchodu či narození vnoučat). Stejně tak mohou být takovým hraničním zážitkem nejrůznější sny o smrti a noční můry se smrtí spjaté (Yalom, 2004).

## **4.2 Smysl života**

Přijetí skutečnosti, že náš život má smysl, dává opodstatnění naší vlastní existenci a naplňování tohoto cíle přináší větší sebepřijetí a sebeúctu. Existenciální směry zastávají názor, že neexistuje taková životní situace, která by postrádala smysl, neboť v každé životní situaci je možné objevit hodnoty a tyto hodnoty je následně možné realizovat aktivními skutky či postoji. (Kalina, 2013).

Frankl rozlišil dvě stádia ztráty smyslu: existenciální vakuum a existenciální neurózu, která může být příčinou některých patologických jevů ve společnosti, například sebevražd, kriminality, agresivity, případně závislosti na drogách a na alkoholu (Kavenská, 2009). Vycházel z předpokladu, že pokud touha po smyslu není naplněna, člověk se dostává od frustrace až k existenciálnímu vakuu, kdy jedinec pochybuje o smyslu své existence a o smyslu života vůbec. Pokud je tento stav nadále prohlubován, může vést k vážnému duševnímu onemocnění či k sebevraždě (Kalina, 2013). Úkolem existenciální psychoterapie je pomoci pacientovi najít východisko z jeho existenciální frustrace, přimět jej k převzetí odpovědnosti za vlastní život a směřovat jej k tomu, aby se snažil naplnit smysl života a dosáhl štěstí tím, že bude usilovat o uskutečnění takových hodnot, které budou přesahovat jeho vlastní meze (Kalina, 2013).

Yalom se hlásí k Franklovu pojetí člověka, který hledá smysl života (Kalina, 2013). Podle Kaliny (2013) smysl života vytváří hodnoty a kód jednání, zmenšuje pocit úzkosti, zmatku a bezmoci a pomáhá jedinci orientovat se ve složitých životních situacích. S otázkou smyslu života souvisí témata spirituality a religionizity, přičemž spiritualita úzce souvisí právě se závislostí na psychoaktivních látkách, což dokládá mimo jiné také pojetí bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

### **4.3 Svoboda**

Rovněž téma svobody vyvolává při konfrontaci hlubokou úzkost, třebaže se na první pohled může zdát, že asociace s ním spjaté jsou pouze pozitivní. Podle Kaliny (2013) se kvůli svobodě člověk ocitá mimo rámec strukturovaného světa a nese odpovědnost za své skutky a rozhodnutí. Podle slov Jeana Paula Sartra „jsme odsouzeni ke svobodě“ (Yalom, 2004, str. 135). Abychom mohli být svobodní, musíme mít vůli a musíme být schopni učinit rozhodnutí. Jestliže se však pro jednu alternativu rozhodneme, druhou tím odmítáme, což s sebou nese další existenciální problém. Přestože samotný pojem svobody v terapeutických sezeních a psychologických učebnicích chybí, termíny z ní odvozené jako odpovědnost, chtění, přání, rozhodování, jsou v nich obsaženy (Yalom, 2004).

Pokud jde o odpovědnost, mimořádně silným nástrojem je skupinové terapeutické uspořádání, neboť pacientům usnadňuje pochopení jejich osobní odpovědnosti. Důraz terapeutické skupiny na zpětnou vazbu umožňuje sled kroků vedoucích k přebírání odpovědnosti (jak vidí jejich chování druhí, jaké pocity jejich chování v okolí vyvolává, jak jejich chování tvaruje názory okolí na ně samotné a nakonec, že shora uvedené utváří jejich pocit ze sebe samých).

Převzetí odpovědnosti je prvním zásadním krokem terapeutického procesu. Druhým zásadním krokem je rozhodnutí, jež je podle Yaloma (2004) „královskou cestou k existenciální říši svobody, odpovědnosti, volby, lítosti, přání a chtění“. Učinit rozhodnutí znamená odříznout se od všech ostatních možností a vzdát se dalších alternativ. „Cílem psychoterapie je přivést pacienta do takového bodu, kdy si může svobodně zvolit“ (Yalom, 2006).

#### ***4.4 Bio-psycho-sociálně-spirituální/existenciální model závislosti***

Bio-psycho-sociální model je způsobem chápání zdraví a nemoci či závislosti jakožto souboru biologických, sociálních a psychologických faktorů. Biomedicínský model je tedy v tomto pojetí rozšířen o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů a jejich dynamického vývoje. Vzhledem k tomu, že nemoc (v tomto případě závislost) vzniká vzájemným působením těchto faktorů, je nezbytné, aby samotná léčba závislosti všechny tyto faktory zahrnovala. Největší význam tohoto přístupu tkví v překonání teze, že závislost není trvalá a nevyléčitelná. Bio-psycho-sociální model klade důraz na možnost překonání závislosti a úplné sebeúdravy. Tento přístup věří, že při vhodných vnitřních a vnějších podmínkách je možné, aby člověk překonal svoji závislost a nestal se pouze abstinujícím toxikomanem, ale skutečně plně zdravým jedincem.

V České republice se adiktologové v posledním desetiletí pokouší rozšířit toto pojetí ještě o další rozměr, jež bývá někdy označován jako spirituální, jindy jako existenciální, přičemž poprvé s ním přišel Kudrle roku 2003 (Kalina 2013).



Spiritualita v léčbě závislostí je v poslední době často diskutované téma, neboť podle řady studií může sloužit jako nárazníkový faktor u alkoholu i u nelegálních drog, a to nejen v předcházení rozvoje závislosti, ale také v udržení abstinence a vůbec stylu života jedince, jež následuje po samotné léčbě (Kalina 2013). Právě tento rozměr má velký význam v podpoře smysluplnosti života při léčbě ze závislosti a hraje významnou roli například v procesu obnovy vlastní hodnoty a vědomí smyslu života při praktickém jednání (Kalina, 2015).

Podle Nešpora a Csémy (2006) může právě spiritualita napomoci v mírnění následků traumatických zážitků z dětství, jako je například zneužívání, či následků u bezdomovců, kteří zneužívají psychoaktivní látky. Spiritualita může v některých případech hrát u jedinců při udržení abstinence významnější roli, než pocit spokojenosti či případně míra stresu.

„Východiska jednotlivých protagonistů bio-psycho-sociálně spirituálního/existenciálního tématu se pohybují – podobně jako v zahraniční literatuře – v široké postmoderní či New Age škále od východních meditativních směrů přes transpersonální psychologii, spiritualitu Anonymních alkoholiků, obecně křesťanskou spiritualitu a křesťanský existencialismus až k existenciálnímu rozměru psychoterapie v pojetí Yaloma – a mnohdy se překrývají a integrují.“ (Kalina, 2013, str. 282). Je však nutné zdůraznit, že jde vždy o holistický rozměr, nikoliv pouze o laický přístup léčby vírou či náboženstvím, třebaže tento může být také účinný, nicméně není součástí rámce odborných garancí kvality a bezpečí.

## 5 Skupinová terapie

Skupinová terapie je při léčbě závislostí poměrně často využívanou metodou. Jedná se o postup, který k léčebným účelům využívá skupinovou dynamiku (vztahy a interakce mezi členy a terapeutem a vztahy a interakce mezi členy navzájem). Právě tímto se skupinová psychoterapie odlišuje od psychoterapie individuální, ale také od psychoterapie hromadné či kolektivní, kdy terapeut působí psychologickými prostředky na několik pacientů současně, nicméně nevyužívá jejich vzájemných vztahů a interakcí systematicky k léčebným účelům (Kratochvíl, 2001).

Skupinová psychoterapie není z obecného hlediska psychoterapeutickým směrem ani školou, způsob, jakým skupiny pracují, se většinou značně odlišuje podle zaměření terapeuta nebo případně podle cíle, který si skupina stanovila (Kalina, 2008). Hojně se využívají kognitivně behaviorální techniky, dynamický způsob práce, gestalt terapie, systemické přístupy a jiné. Řada skupinových programů využívá prvky různých směrů, přístupů a typů skupin (Kalina, 2008).

Skupinová dynamika je tvořena interpersonálními vztahy a interakcemi osobností členů skupiny společně s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí. Ke skupinové dynamice řadíme především cíle a normy skupiny, vůdcovství, kohezi a tenzi, projekci minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, vznik podskupin a vztahy jedinců a skupiny. Nedílnou součástí procesu je také vývoj skupiny v čase (Kratochvíl, 2001).

Cíle terapeutických skupin lze podle Kratochvíla (2001) shrnout takto:

- dosažení vhledu do problematiky jedinců, snaha pomoci jim pochopit a změnit nesprávné postoje
- změna maladaptivních vzorců chování ve směru přiměřené sociální adaptace
- zprostředkování poznatků o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů jakožto podkladu pro efektivnější a harmoničtější jednání s lidmi

- podpora zrání osobnosti ve smyslu rozvinutí vlastního potenciálu a dosažení optimální výkonnosti i pocitu štěstí
- odstranění chorobných příznaků (jak přímým nácvikem a přecvičováním, tak nepřímým vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů, jež je vyvolaly nebo udržovaly)

Skupinová terapie je vysoce účinnou formou psychoterapie, s níž se poprvé setkáváme již ve 40. letech 20. století. Stejně jako terapie individuální je schopna přinést smysluplný užitek, a to zejména tehdy, když jsou úkoly terapie sociální podpora a učení se mezilidským vztahům (Yalom & Leszcz, 2007). Pro dosažení terapeutické změny je podle Yaloma třeba následujících terapeutických faktorů, které jsou na sobě navzájem závislé:

- dodávání naděje
- univerzalita
- poskytování informací
- altruismus
- korektivní rekapitulace primární rodiny
- rozvoj socializačních technik
- napodobující chování
- interpersonální učení
- skupinová soudržnost
- katarze
- existenciální faktory (Yalom & Leszcz, 2007).

Přestože některé terapeutické faktory lze nalézt v každém typu skupinové terapie, jednotlivé skupiny se od sebe odlišují mírou souhry těchto faktorů a různou měrou důrazu, kterou kladou na některé z nich.

Rozhodujícím faktorem v každé psychoterapii je dodávání a udržování naděje, neboť právě naděje je nutná nejen proto, aby klient setrval v terapii, ale také proto, aby posléze mohly působit i další faktory. Víra v naději a víra ve způsob léčby je sama o sobě terapeuticky účinným faktorem.

## 6 Hagioterapie jako forma skupinové existenciální terapie

Pojem hagioterapie je odvozen od spojení slov řeckého původu: „*hagios*“ - svatý, posvátný či čistý a „*therapeia*“ – péče, léčba (Remeš, 1998). Zatímco starší literatura hovoří o hagioterapii jako o metodě užívání motliteb, ostatků svatých nebo poutí k léčení nemocí (Masarykův slovník naučný, 1927), v současné době rozumíme hagioterapií moderní psychoterapeutickou metodu, jejímž cílem je proměna dysfunkčních životních vzorců chování, prožívání a vztahování se ke světu a to prostřednictvím zrcadlení se v biblických příbězích (Remeš, 1998). Podle Psychologického slovníku jde o psychoterapeutickou metodu, založenou na pracích R. L. Selmana, J. W. Fowlera a L. Kohlberga, jenž ze sociologie vyvozuje víru v náboženskost jakožto jednu z nejmocnějších sil lidské psychiky, evolučně výhodnou pro přežití lidského druhu.

Hagioterapie je tedy formou skupinové existenciální psychoterapie, která je založena na empirickém přístupu k Bibli. Zásadní premisou je víra, že biblické texty obsahují zkušenosti blízké našim vlastním zkušenostem (Jarošová, 2014). Hagioterapie využívá zkušeností křesťanské spirituality a zaměřuje se na osobnostní struktury hodnotové, morální a numinozní. Na rozdíl od pastorační terapie není nutným předpokladem víra v Boha, ale pouze víra v existenci náboženských dispozic v lidech. Prostředkem hagioterapie jsou skupinová sezení nad biblickými texty a cílem je jejich prostřednictvím upravit a zpevnit narušené morálně hodnotové obsahy účastníků skupin. Těmito účastníky jsou jak drogově závislí, tak osoby s neurotickou symptomatologií, ztrátou smyslu života a dalšími poruchami osobnosti (Hartl & Hartlová, 2009, str. 183).

S hagioterapií úzce souvisí několik příbuzných směrů, které bývají s touto terapií často nesprávně zaměňovány. Prvním z nich je pastorační terapie. *Pastorace* je činnost institucionalizovaného náboženství (církve) vedená za účelem uspokojování náboženských potřeb jedince. Jejím předpokladem je ochota přijímat náboženský výklad světa. *Pastorační terapie* je psychoterapeutickým směrem, který uplatňuje postupy a prostředky klasického křesťanského duchovního vedení k psychoterapeutickým účelům, tedy s cílem upravit či zlepšit duševní zdraví

jedince. V zásadě se svou náplní velice přibližuje hagioterapii, ovšem na rozdíl od ní vychází primárně z teismu (Remeš, 1998).

Dalším příbuzným termínem je biblioterapie, která je často mylně považována za synonymum hagioterapie. Jde o formu psychoterapie, která využívá knihu (beletrie, poezie, články, a jiné) jako léčebný prostředek a tištěný text je v rámci této formy terapie vlastním terapeutickým prostředkem. Biblioterapie může být individuální formou terapie, ale také terapií skupinovou. Jedná se o mezioborovou disciplínu spojující práci psychologů, lékařů, knihovníků a vychovatelů. *„Zkoumání vlivu četby knih na duševní život člověka má kořeny hluboko v minulosti, neboť knihovny byly již odedávna považovány za pokladnice moudrosti a knihy za účinný nástroj k rozvoji duševního zdraví. Již v prvních desetiletích 20. století začali školení knihovníci sestavovat četbu pro nemocné, neboť právě četba je schopna nemocného odpoutat od myšlenek na chorobu a posilovat jeho vůli a chuť k uzdravení“* (Hartl & Hartlová, 2009, str. 183).

Dotýká se oboru bibliopsychologie, který se zabývá vlivem četby na psychiku člověka a průběhem psychologických procesů v průběhu četby, zabývá se psychologii autora i čtenáře (Hartl & Hartlová, 2009). Hagioterapie je formou biblioterapie, jež využívá k léčebným účelům výlučně a pouze Bibli.

## **6.1 Vznik a vývoj hagioterapie**

Kořeny hagioterapie ve smyslu využití Bible pro psychoterapeutické účely sahají do 3. století našeho letopočtu, kdy egyptští a syrští poustevníci, zvaní Otcové pouště<sup>5</sup> vypracovali zvláštní techniku boje proti destruktivním emočním stavům. Tato technika je známa pod názvem *antirhesis*, tedy odmítání a právě jejím prostřednictvím se snažili čelit náporům zhoubných emočních stavů. Skrze ponoření se do četby biblických příběhů

---

<sup>5</sup> Označení pro křesťanské poustevníky, kteří žili v pouštních oblastech Sýrie, Palestiny a Egypta v době od 3. do 5. století našeho letopočtu. Byli skutečnými mistry askeze a duchovního života a obraceli se na ně významní poutníci té doby.

se jim dařilo navodit v duši nové, optimistické postoje a tím pak dosáhnout celkového pozitivního emočního ladění, které nakonec přerážovalo původní negativní emoce (Remeš & Halamová, 2013). Je zřejmé, že již ve starověkém světě si lidé byli vědomi úzkého spojení těla a duše, stejně tak jako možného psychosomatického propojení jednotlivých lidských problémů.

V současné době bývá Bible využívána k psychoterapeutickým účelům prostřednictvím odlišných postupů, přičemž odborná literatura popisuje dva známé způsoby. První z nich má svůj původ v USA a sestává z kognitivně - behaviorální psychoterapie a fundamentalistického křesťanství. Tento přístup, někdy označovaný jako „biblické poradenství“ chápe Bibli jako učebnici o člověku, která podává návody a rady o světě a životě. Druhý přístup má své kořeny v Evropě a vnímá Písmo spíše jako zrcadlo člověka, tedy jako *„materiál pro subjektivní projekční zpracování“* (Remeš & Halamová, 2013). Tento směr využívá metody hlubinně analytického a existenciálně analytického přístupu, jenž vychází ze životní zkušenosti každého jedince a ze specifického předporozumění každého jednotlivce. Zatímco cílem hlubinně analytický přístup je dospět k většímu sebepoznání pacienta, existenciálně analytický přístup usiluje o nastartování ke změně (Remeš & Halamová, 2013). Hagioterapie vychází právě z tohoto konceptu.

Moderní hagioterapie se jako samostatná psychoterapeutická disciplína etablovala roku 1994 v Chorvatsku, kde stál u jejího zrodu děkan Katolické teologické fakulty v Záhřebu Tomislav Ivančič (Remeš, 1998). V České republice je tradice hagioterapie o několik let mladší - tuto metodu od roku 1992, nezávisle na Ivančičovi, začal u nás rozvíjet a praktikovat religionista a lékař MUDr. Mgr. Prokop Remeš, který dodnes působí v PN Bohnice.

Nestor české hagioterapie doktor Remeš, hovoří o vzniku hagioterapie jako o zcela neplánovaném podniku. V období normalizace, kdy bylo náboženství a víra tabuizovaným tématem, se Remeš angažoval v Dvořákově skupině v rámci takzvané „podzemní církve“ (zde působil mimo jiné také prof. Tomáš Halík), kde získal základní teologické vzdělání a

posléze se zde věnoval pastorační terapii. Remeš vzpomíná na nutkavý pocit, že by měl v rámci léčby závislostí chodit za pacienty a číst jim z Bible. Po pádu totality se pastorační terapie Prokopa Remeše ustálila jako jedna z léčebných metod v rámci pavilonu 35, kde se léčili závislí muži. Jedním z nich byl ruský emigrant, který se dostal do České republiky přes utečenecký tábor. Tento pacient Remešovi vyprávěl poutavý příběh o svém dědečkovi, pravoslavném knězi, který zmizel v gulagu a už ho nikdy nikdo neviděl. Díky němu také dokázal čelit náporu Jehovistů v utečeneckém táboře. Tohoto klienta zaujala Remešova pastorační terapie a začal ji navštěvovat. K němu se záhy přidali i další pacienti léčebny. Rovněž Zdeněk Bašný, tehdejší ředitel PN Bohnice, byl této terapii velice nakloněn. Úplně zpočátku používal Prokop Remeš v terapii meditační postupy, a tak měla spíše spirituální charakter. Po roce 1995 začal zájem o tuto metodu upadat a v jednu chvíli se zdálo, že zcela zanikne. V letech 1997 a 1998 začal Remeš pracovat se závislými ženami a následně se hagioterapii začala věnovat čím dál tím větší pozornost. Postupně se v Remešových rukou tento typ psychoterapie přerodil v něco zcela nového. Zvedla se vlna zájmu - paradoxně - zejména z řad ateistů. Jejich zájem o existenciální témata jako je vina, smrt, víra v Boha či otázka smyslu života a lidského bytí v posledních letech stále roste. V průběhu posledních dvaceti let, kdy se Prokop Remeš věnuje hagioterapii, nabyl přesvědčení, že pacienti, kteří si zvolí tento typ terapie, mají silnější motivaci i větší šanci k abstinenci (Remeš, ústní sdělení, 19. 3. 2014).

## 6.2 Cíle a metody hagioterapie

Jak již bylo uvedeno, hagioterapie nevychází z lidské víry v Boha, nýbrž z předpokladu určité náboženské dispozice v každém člověku. Pracuje tak s hodnotově morálními soudy a pojmy dobra a zla. Lidé zpravidla umí velice dobře rozpoznat, co je dobré a co zlé - v hagioterapii však nejde o poučení v oblasti morálky, ale o posílení schopnosti svobodně se rozhodovat a jednat (Remeš, 1998).

V souvislosti s výše uvedeným si hagioterapie klade dva základní cíle, obecný a speciální. V obecné rovině se zaměřuje na rozbíjení falešného sebepojetí klienta. Zároveň usiluje o porozumění a akceptaci pravého, většinou do té doby odmítaného autentického „Já“. Dochází tedy k zásadní proměně jistého vzorce chování (Remeš, 1998). Celou tuto tezi je možné shrnout v jednoduché větě – *je lepší být nenáviděn za to, jaký jsem, než být milován za to, jaký nejsem*. Speciálním cílem terapeutického ovlivňování je ztotožnění se s jednotlivými aktéry biblických příběhů na základě prožitku, prostřednictvím kterého si klienti osvojují schopnost přijmout i odlišné sociální perspektivy. Jde tedy vlastně o procvičování schopnosti zaujímat různé hodnotové morální postoje (Remeš, 1998). Díky hodnotovému ukotvení pomocí silných existenciálních témat ve spojení s biblickými postavami a jejich osudy si pacienti vytváří náhled na svůj problém a získávají motivaci pro další terapeutické intervence, a to nejen adiktologického charakteru.

Podstata hagioterapeutovy práce spočívá ve dvou základních principech. Prvním je *hlubinně analytický přístup*, podle něhož není důležité, nakolik je Bible autentická, tedy které příběhy jsou historicky doložitelné a které smyšlené, ale je důležité, aby jednotlivé biblické příběhy měly uzdravující význam (Remeš & Halamová, 2013). Jde o zkušenosti lidí, kteří žili stovky let před námi a umožňují v sobě čtenáři najít sama sebe. Druhým přístupem je *existenciálně analytický přístup*, který staví na metodách logoterapeutické školy V. E. Frankla a jeho žáka A. Längleho. Jejich metoda vychází z předpokladu proměny životního vzorce. Každý z biblických příběhů představuje výzvu pro lidské svědomí k naplnění nějakého smyslu života. Prokop Remeš v této souvislosti uvádí, že (2004) „*smysl je mohutná síla, kterou může člověk použít při překonávání bolestí a těžkostí svého*



života“. Zatímco první z uvedených přístupů je spíše statický, existenciálně analytický přístup má dynamičtější náboj, je jakýmsi „nastartováním ke změně“ (Remeš & Halamová, 2013).

Nezbytným předpokladem pro dosažení žádoucích výsledků prostřednictvím hagioterapie je správné porozumění biblickému textu a jeho správný výklad.

### **6.3 Pro koho je hagioterapie určena**

Hagioterapie a priori nevychází z víry v Boha, ale z předpokladu více či méně rozvinuté náboženské dispozice v každém jedinci. Hagioterapie nehodnotí, zda je její účastník formálně věřící, či případně jakého je vyznání, ale apeluje na spirituální sféru lidského jedince, nikoliv na věrouku samotnou. Jinými slovy, každý z nás má v sobě jistou míru náboženskosti, jen někteří tuto skutečnost pak nazývají Bohem. I Bibli lze chápat dvojitým způsobem. Prostřednictvím Písma k nám hovoří Bůh (pohled teisty) i odvěká moudrost lidstva (pohled ateisty). Každý tak má možnost v ní najít to své (Remeš, ústní sdělení, 4.3. 2014). Není proto překvapením, že v posledních letech se zvedla vlna zájmu o hagioterapii právě z řad ateistů. Remeš (1998) uvádí následovně:

*„Po překonání počáteční nedůvěry („zase nás bude někdo evangelizovat“) lze většinou pozorovat nárůst touhy po zaobírání se vyššími hodnotově morálními, případně náboženskými podněty a konfrontování se s nimi, a to i u klientů bez vyššího vzdělání a jinak bez intelektuálních zájmů.“*

Zvolení Bible za terapeutický nástroj bylo podmíněno jednak přesvědčením, že v sobě nese objektivní terapeutický potenciál mnohověké moudrosti, ale také zjištěním, že jsou to nejen věřící, ale také nevěřící, kteří ji přikládají v našich kulturních podmínkách značnou významnost (Remeš & Halamová, 2013).

## **6.4 Hagioterapeutická setkání**

Hagioterapeutická setkání probíhají v PN Bohnice již 20 let a jsou určena pacientům s poruchami závislostního okruhu, pacientům s neurotickými poruchami a také s poruchami osobnostmi. Hagioterapie se konají jedenkrát týdně v dvouhodinových blocích (120 min.) v kostele svatého Václava v areálu nemocnice, odděleně pro pacienty ženského a mužského oddělení. Setkání probíhají v klasickém kruhovém uspořádání s kapacitou 8-10 účastníků a s 1 terapeutem. Skupiny od počátku vzniku odborně vede MUDr. Mgr. Prokop Remeš, interní zaměstnanec PN Bohnice. Terapie probíhají každé pondělí (ženy, pavilon 7 a 8) a čtvrtek (muži, pouze pavilon 35) a jsou nepovinné, takže si je pacienti volí dobrovolně jako doplněk standardního léčebného programu. Kromě hagioterapie si mohou pacienti jako doplňkovou terapii zvolit jednu z následujících čtyř alternativ: hippoterapii, taneční terapii, pletení košíků či případně program s terapeutem.

Kontraindikací vstupu do skupiny hagioterapie jsou pacienti, jejichž zvýšená agresivita či významně snížený intelekt neumožňují sebereflexi, stejně tak jako pacienti po toxické psychóze, s duální diagnózou či případně pacienti s jinou psychiatrickou indikací, která jim nedovoluje vstup do skupiny.

Hagioterapeutická setkání se odehrávají ve spirituálním prostředí kostela, kde se pacienti scházejí v určené hodiny v místnosti s kruhovým zasedacím pořádkem. Pro každého je zde připraven jeden výtisk Bible. Uprostřed je umístěna stolička, na níž je položen dřevěný meč a skleněné kuličky. Z výše uvedených 8 až 10 lidí se hagioterapie účastní průměrně 5 osob pravidelně. Ačkoliv terapie probíhá odděleně pro muže a ženy (případné navázání vztahu mezi pacienty by bylo kontraproduktivní vzhledem k úspěšnosti léčby, neboť pro klienta se vztahem ve skupině přestávají být cíle léčby často prioritou), účastní se mnohých setkání se zástupci obou pohlaví. Jde většinou o studenty, psychoterapeuty, pacienty z ostatních oddělení, kteří přicházejí nárazově ze zvědavosti nebo dělat výzkum (ovšem terapie se účastní jako rovnocenní s pacienty). Tato přítomnost mužů i žen zároveň v rámci jednoho setkání často přináší potřebnou dynamičnost a mnohostrannější i komplexnější náhled na řešený

problém. Většinu účastníků však vždy tvoří pacienti z oddělení závislostí (abstinující pacienti, kteří řádně dokončili léčbu).

Třebaže tato forma terapie nemá žádná předepsaná pravidla, pod vedením MUDr. Remeše je zde kladen velký důraz na rovnocennost, svobodu vyjadřování a právo na vlastní názor všech členů setkání, a to bez výjimky. MUDr. Remeš zahajuje každé sezení uvítáním všech zúčastněných podáním ruky a představením své osoby. Poté, co nabídne všem účastníkům terapie tykání, které podporuje pocit rovnocennosti všech přítomných, vyzve MUDr. Remeš ostatní, aby se také představili, a následně zapálí kadidlo. S dřevěným mečem v ruce pak vysvětluje účastníkům terapie metodu lovců perel: Lovkyně perel na břehu moře odkládají svoje šaty, aby se tak mohly ponořit do hlubin moře pro poklad, stejně tak jako účastníci sezení odkládají všechny vzpomínky a myšlenky, které by mohly bránit koncentraci na příběh, a ponořují se do hlubin své duše. Oba případy se shodují v tom, že ono „ponoření se“ vyžaduje notnou dávku odvahy. Cílem terapie v tomto smyslu je přijmout čtený příběh jako pevné zrcadlo, v němž může každý jedinec reflektovat svá osobní témata a životní situace. Na konci sezení si pak každý účastník terapie vezme ze stoličky svoji perlu (v podobě skleněné kuličky) a podělí se s ostatními o svůj nový poznatek, který si během čtení a rozboru textu uvědomil. Perla tak byla úspěšně ulovena. Dřevěný meč slouží v průběhu hagioterapie k označení toho, kdo má právě slovo. Spolu s předáním meče je účastník terapie vyzván, aby ostatním sdělil, jaké pocity v něm daný biblický příběh vyvolal. Dřevěný meč tak postupně putuje celou skupinou tak, aby se každý dostal ke slovu a mohl vyjádřit, co je pro něj v daný okamžik nejdůležitější.

Než dojde ke čtení samotného příběhu, sesednou si všichni do co nejužšího kruhu. Poté přečte dobrovolník nahlas biblický text vybraný doktorem Remešem. Terapeut následně tento text okomentuje a vysvětlí z religiozního, historického a lingvistického hlediska tak, aby byl pacientům i hostům srozumitelný ve své obecné rovině. Následuje druhé (tiché) čtení, kdy si každý pacient přečte příběh sám. To má za cíl uvědomění si podrobností příběhu. Do třetice čte terapeut, kdy současně vyzve všechny ostatní, aby zavřeli oči a soustředil se sami na sebe a na příběh. V zápětí je vyhrazen prostor, aby si všichni příběh ještě jednou sami pro sebe přečetli. Doktor Remeš pak vyzve účastníky terapie jednoho po druhém, aby se

podělili o své první dojmy z příběhu. To bývá prvním příslovečným kamenem úrazu. Pacienti totiž často sedí a mlčí, což ovšem neznamená, že jsou bez pocitů či emocí, spíše jde o to, že je neumějí pojmenovat či popsat. Následně nadchází okamžik, kdy je jednomu z přítomných účastníků terapie předán dřevěný meč za účelem vyjádřit, jak a čím dotyčného člověka biblický příběh oslovil. Terapeut pohotově reaguje, podněcuje k zamyšlení a ukazuje i jiné možné způsoby nahlížení na daný problém. Tím tak připodobňuje jednotlivé situace v biblickém příběhu k reálným životním zážitkům přísedících. Touto cestou dochází k takzvanému AHA-efektu, kdy pacienti prostřednictvím biblického vypravování jsou náhle schopni lépe pochopit sama sebe a své chování, a vidět dříve přehlížené aspekty. Vystávají otázky dobra a zla, viny a odpuštění, lásky a nenávisti nebo života a smrti. Za účelem zvýšení dynamiky hagioterapie jsou někdy zařazována psychodramata, jejichž účelem je podtrhnout některá zásadní témata. Pro tyto účely jsou osloveni dva účastníci terapie, kteří přijímají roli dvou klíčových osob v biblickém příběhu, přičemž se snaží o psychodramatické přehrání dané situace před zraky ostatních účastníků hagioterapie. Jejich úkolem je vcítit se do daného klíčového momentu předmětného biblického příběhu a situaci přehrát před ostatními účastníky (například situace, kdy Panna Marie oznamuje Josefovi, že je těhotná). Tento moment je zpravidla velmi silným zážitkem, kdy dochází k tomu, že si jednotliví účastníci projektují tuto situaci do svého osobního života. Právě tehdy často dochází ke zlomu v postojích účastníků hagioterapeutického sezení. Po zodpovězení všech otázek následuje shrnutí.

Na závěr sezení po zadání úkolu k příštímu setkání se všichni přítomní chytí za ruce a doktor Remeš pronáší modlitbu, ve které zhodnotí základní myšlenku příběhu a vysloví přání, aby pacienti měli sílu, odvahu a štěstí při boji se svou závislostí.

## **7 Použité metody**

Předchozí část diplomové práce má sloužit jako teoretická základna, jejímž cílem je poskytnout informace o hagioterapii a o genderových rozdílech v terapeutickém procesu závislých žen a mužů.

### **7.1 Zaměření výzkumu**

Obecným cílem předkládané diplomové práce je zjistit, jaký význam přikládají pacientky a pacienti PN Bohnice hagioterapii v terapeutickém procesu léčby závislostí a jaký význam pro ně tato forma terapie má v jejich osobním životě. Specifickým cílem této práce je zjistit, zda jsou tyto reflexe ovlivněny genderovými rozdíly a tyto rozdíly následně popsat a vzájemně porovnat. Jinými slovy tato práce usiluje o zachycení odezvy cílové skupiny, tedy pacientů PN Bohnice, na terapeutickou metodu hagioterapii a rovněž je jejím cílem vysledovat motivaci respondentů k dobrovolnému výběru této nepovinné aktivity ke standardnímu terapeutickému programu. Pozornost bude dále věnována detekci oblastí v procesu hagioterapie, jež pacienti subjektivně vnímají jako efektivní a také přesahů hagioterapie do jejich osobního života s akcentem na definování možných genderových rozdílů a s důrazem na odlišné pohlaví pacientů.

Vzhledem ke skutečnosti, že cílem tohoto výzkumu je reflexe subjektivní zkušenosti pacientů s hagioterapii, byl zvolen kvalitativní metodologický přístup. Právě tento pružný přístup umožňuje lepší proniknutí do zkoumaného problému a porozumění významu hagioterapie pro pacienty léčící se pro závislost na psychoaktivních látkách či hazardní hře. Dalším důvodem pro volbu kvalitativního přístupu je skutečnost, že zkoumaný fenomén zasahuje pouze určitou část populace. Pro potřeby tohoto zkoumání byly navrženy následující výzkumné otázky:

Jak respondenti reflektují význam hagioterapie v procesu vlastní léčby závislosti?

Jaké místo a hodnoty by respondenti přiřadili hagioterapii ve svém životě?

Přikládají respondenti některým prvkům hagioterapie subjektivně vyšší význam? Pokud ano, jakým a proč?

Vyskytují se ve vnímání hagioterapie mezi respondenty významné genderové rozdíly? Pokud ano, jaké?

## **7.2 Metoda tvorby dat**

Sběr dat byl uskutečněn během víkendů ve volném čase respondentů, a to prostřednictvím techniky polostrukturovaného interview. Tato metoda vychází z předem definovaného souboru témat a otázek, takzvaného jádra interview, a umožňuje značnou flexibilitu tím, že například pořadí a znění témat a otázek lze *ad hoc* měnit a tím maximalizovat výtěžnost rozhovoru (Miovský, 2006). Vzhledem k tomu, že někteří respondenti zcela spontánně zodpověděli některé z otázek ještě předtím, než jsem je položila, bylo možné tyto otázky vynechat a plynule přejít dále. Takzvaná *inquiry*, tedy série doplňujících otázek, mi následně umožnila dosáhnout zpřesnění a vysvětlení nejasných odpovědí respondentů, což umožnilo rozpracovat téma do potřebné hloubky. Dalším důvodem pro výběr metody polostrukturovaného interview je skutečnost, že na oddělení závislostí pracuji a předem strukturovaná kostra otázek mi umožnila udržovat určitý odstup a dosáhnout větší objektivity. Délka rozhovorů se pohybovala okolo 90-120 min, přičemž vždy záleželo na sdílnosti a momentální fyzické a duševní kondici každého respondenta.

Všem respondentům byla nabídnuta možnost rozhovor v kterékoliv fázi bez udání důvodu ukončit a byla jim rovněž nabídnuta možnost individuální konzultace s terapeutem pro případ, že by v nich interview vyvolalo negativní emoce. Tuto možnost žádný z respondentů nevyužil. Respondenti následně dojmy z interview řešili mezi sebou na pokoji, případně si své emoce zaznamenali do deníku. Na základě písemného informovaného souhlasu respondentů byly rozhovory zafixovány na diktafon a následně uchovány pod kódem každého z respondentů tak, aby byla zaručena jejich ochrana a anonymita.

### 7.2.1 Jádru interview - otázky kladené v rozhovoru (příklady konkrétních otázek)

Význam samotného pojmu hagioterapie

*(„Jak jste rozuměl/a pojmu hagioterapie? Co jste si pod tímto pojmem představoval/a?“)*

Motivace pro volbu hagioterapie

*(„Co Vás vedlo k tomu, že jste si hagioterapii zvolil/a jako nepovinnou součást léčby?“)*

Očekávání při vstupu do hagioterapie a jejich naplnění

*(„S jakým očekáváním jste do této terapie vstoupil/a? Splnila tedy hagioterapie Vaše očekávání?“)*

Role hagioterapie v terapeutickém procesu

*(„Jaké změny se u Vás v průběhu léčby odehrály? Pomohla Vám hagioterapie ještě v něčem?“)*

Nejpřínosnější momenty a subjektivně významné aspekty hagioterapie

*(„Jaký příběh z Bible Vás nejvíce oslovil? Zamyslete se prosím a pokuste se mi říci, co Vás nejvíce na hagioterapii zaujalo a v čem pro sebe vidíte největší přínos?“)*

Vnímání genderově specifických témat v hagioterapii

*(„Vnímáte v hagioterapii nějaká specificky ženská a mužská témata? Jaká konkrétně?“)*

Role terapeuta a genderové rozdíly ve složení skupiny

*(„Ovlivňovala Vás nějak hagioterapeutická sezení pouze v ženském/mužském složení? V čem si myslíte, že by byla sezení jiná, kdyby byly skupiny pohlavně smíšené? Myslíte si, že hagioterapeutická sezení ovlivňuje fakt, že je vede muž psychoterapeut? Jak si myslíte, že by vypadala sezení s ženou psychoterapeutkou?“)*

## 7.3 Výzkumný soubor

Vzhledem ke skutečnosti, že hagioterapie jakožto terapeutická metoda v léčbě závislostí funguje pouze v Psychiatrické nemocnici Bohnice, vychází výzkumný soubor pouze z této instituce. Pro účast ve výzkumu byla stanovena následující kritéria:

pravidelné docházení na hagioterapii v rámci aktuálně probíhající léčby (nikoliv doléčování)  
diagnóza látkové či nelátkové závislosti  
dobrovolná účast (benefity či odměny nejsou přípustné)  
časová a místní dostupnost respondenta

Respondenti byli vybráni prostým účelovým výběrem, jenž je vhodným pro malé výběrové soubory s dobrou dostupností jedinců souboru základního. Tento vychází z předem definovaných kritérií respondentů bez použití složitějších výběrových strategií (Miovský, 2006). Do výzkumu byli zařazeni respondenti, kteří splnili výše uvedená kritéria a zároveň vyslovili souhlas s účastí.

Jedná se o respondenty z ženských pavilonů 8 a 7 a mužského pavilonu 35. Vybraná ženská oddělení jsou strukturována následovně: pavilon 8 je příjmovým oddělením pro ženy léčící se ze závislosti na návykových látkách (alkoholových i nealkoholových a na patologickém hráčství – stejně tak u mužů) s kapacitou 42 lůžek. Pavilon 7 je oddělením následné režimové péče s dobrovolnými i soudně nařízenými hospitalizacemi s kapacitou 30 lůžek. Mužský pavilon 35 je režimovým oddělením následné režimové péče navazující na předchozí úspěšně ukončenou léčbu z oddělení 31, přičemž pavilon 35 má kapacitu 26 lůžek. Ženská oddělení jsou vedena primářkou MUDr. Otilií Bartákovou, mužská oddělení vede primář MUDr. Karel Nešpor. Věkové rozhraní léčených klientů je 18–65 let.

Pokud jde o oslovování respondentů za účelem výzkumu, klienti nebyli oslovováni jednotlivě, aby se necítili pod nátlakem. Na společném komunitním sezení na jednotlivých pavilonech byla klientům podána informace o výzkumu. Klientům jsem se zde představila, seznámila jsem je s obsahem a cílem výzkumu a v neposlední řadě jsem jim vysvětlila také etický rozměr, zvláště způsob, jakým bude zaručena jejich anonymita. Dále jsem klientům sdělila, jakým způsobem se mohou do výzkumu přihlásit. Tyto informace byly následně ještě vyvěšeny v písemné formě na nástěnku, která je přístupna všem pacientům. Zde bylo znovu připomenuto, kdy a kde je možné se do výzkumu přihlásit. Informace o výzkumu byla podána na



ranních společných komunitách klientům opakovaně s časovým odstupem (celkem třikrát), bylo tak učiněno z důvodu získání dostatečného množství respondentů i mezi nově přichozími klienty. Respondenti se přihlašovali do výzkumu anonymně (muži se přihlašovali v době konzultací na oddělení a ženy navštívily výzkumnici v době její přítomnosti v komunitní místnosti). Pacienti se do výzkumu mohli rovněž přihlásit u mě osobně, a to po skončení hagioterapie, na kterou jsem poměrně pravidelně docházela od února 2015. Z oslovených pacientů PN Bohnice se výzkumu zúčastnilo celkem 16 respondentů, z nichž bylo 8 ženského a 8 mužského pohlaví. Respondenti se vzájemně odlišují typologií závislosti, věkem a také fázemi léčby. Výroky použité v textu mohou být mírně stylisticky upraveny.

### 7.3.1 Popis tvorby dat a výzkumného souboru

Následující tabulky popisují výzkumný soubor osmi pacientů a osmi pacientek, které jsem podrobila svému výzkumu.

**Tabulka 2: Výzkumný soubor**

RESPONDENT	VĚK	ZÁVISLOST	DÉLKA ZÁVISLOSTI	VZDĚLÁNÍ	LÉČBA	DOCHÁZENÍ NA HAGIOTERAPII
Filip	44 let	heroin	17 let	VŠ	2	3 měsíce
Ruda	24 let	gambling	5 let	ZŠ	2	2,5 měsíce
Marek	56 let	gambling	7 let	SŠ	1	2 měsíce
Honza	44 let	alkohol, BZD	13 let	VŠ	6	3 měsíce
Karel	23 let	pervitin	5 let	ZŠ	1	2 měsíce
Robin	28 let	gambling	7 let	VŠ	1	2 měsíce
Adam	39 let	alkohol	9 let	SŠ	1	1,5 měsíce
Václav	23 let	pervitin	7 let	ZŠ	2	1,5 měsíce

RESPONDENTKA	VĚK	ZÁVISLOST	DÉLKA ZÁVISLOSTI	VZDĚLÁNÍ	LÉČBA	DOCHÁZENÍ NA HAGIOTERAPII
Hedvika	27 let	pervitin, THC	14 let	VŠ	12	6-7 let
Iva	48 let	gambling	10 let	ZŠ	1	1,5 měsíce
Pavla	27 let	pervitin	9 let	ZŠ	5	7 měsíců
Vráťa	26 let	alkohol	8 let	SŠ	3	3 měsíce
Jana	30 let	alkohol	5 let	SŠ	1	3 měsíce
Adéla	35 let	heroin	20 let	ZŠ	3	3 měsíce
Katarína	45 let	alkohol, BZD	7 let	VŠ	1	3 měsíce
Bára	34 let	alkohol	9 let	SŠ	4	3 měsíce

## **7.4 Metoda analýzy dat**

Získaná data byla zpracována metodou otevřeného a axiálního kódování. Data v audioformátu byla nejprve doslovně přepsána do textové podoby a následně byla provedena redukce prvního řádu, kdy jsem z přepisů selektovala a odstranila nepotřebné části. Následně jsem přiřadila společným jevům klíčová slova, která jsem spojila do významových celků, takzvaných kategorií. Jednotlivé kategorie jsem následně porovnávala, abych našla vzájemné spojitosti a vazby. Za tímto účelem byl rovněž sestaven diagram.

Pro zajištění kontroly validity dat byl proveden opakovaný poslechem během přepisu dat, texty po redukci prvního řádu byly srovnávány s přepisy původními.

## **7.5 Etika výzkumu**

Základním etickým pilířem této práce byl získaný souhlas Etické komise PN Bohnice s realizací sběru dat pro diplomovou práci. O souhlas jsem rovněž požádala primáře a také vedoucí lékaře oddělení. Respondenti byli předem srozuměni se záměry studie a podpisem informovaného souhlasu vyjádřili souhlas s účastí. Pro účely této práce byla pozměněna jména respondentů tak, aby byla zaručena jejich anonymita a ochrana. Respondenti měli možnost si vybrat, pod jakým jménem chtějí v diplomové práci vystupovat. Nahrávání rozhovorů na diktafon započalo vždy až po podpisu informovaného souhlasu, eventuálně po ústním odsouhlasení respondenta s tím, že získaná data budou použita výhradně pro účely této diplomové práce a po zpracování budou veškerá data pořízená v audioformátu smazána.

Všichni respondenti byli opakovaně informováni o možnosti rozhovor kdykoliv ukončit, a to bez udání důvodů a současně jim byla nabídnuta možnost individuální konzultace s terapeutem či farmakologická pomoc v případě, kdy by se u nich objevila dekompenzace či jakákoliv negativní psychická reakce na interview. Nikdo z respondentů této možnosti nevyužil.

Z hlediska etiky výzkumu vnímám jako možný střet zájmů skutečnost, že v PN Bohnice dlouhodobě pracuji jako terapeutka, s některými respondenty jsem byla jak v kontaktu profesním, tak v kontaktu výzkumném. Vzhledem k tomu, že hagioterapie je v našich podmínkách v kontextu adiktologie praktikována pouze v rámci PN Bohnice, nebylo možné tuto proměnnou eliminovat.

## 8 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu budou prezentovány formou jednotlivých kategorií, které vyplynuly z výše uvedeného postupu. Celkem bylo osloveno 16 respondentů, 8 žen a 8 mužů, z nichž pro 3 ženy a pro 4 muže jde o první léčbu v pořadí. Z rozhovorů vyplynula následující klíčová témata: osobnost terapeuta, prostředí kostela, nadčasové biblické příběhy, traumata, vzpomínky na dětství, pocity viny, emoce, zlomový bod, rozhodnutí, vztahy s ostatními ve skupině, poznávání sama sebe, akceptování jinakosti a akceptování druhých, touha pomáhat druhým, touha pomoci sám sobě, odmítání vlastní odpovědnosti a neochota připustit si realitu. Tyto budou zpracovány v následujících podkapitolách.

## 9 Účinné faktory hagioterapie

### 9.1 *Terapeutický vztah*

Z výzkumu vyplývá, že osobnost terapeuta a terapeutický vztah se všemu jeho prvky je pro účastníky hagioterapie zcela klíčovým aspektem. Respondenti hovořili o osobnosti terapeuta ze třech různých úhlů pohledu, které jsou vzájemně velmi úzce provázané. Pokud jde o vnímání terapeuta, zde muži uváděli, že terapeuta považují za svůj vzor a zároveň jej nahlížíjí jako profesionála ve svém oboru, což v důsledku nadále prohlubuje vnímání terapeuta jakožto autority. Terapeut jim často zrcadlí muže a sociální roli muže, kterou respondenti ve svém životě mnohdy nezvládli (například role syna, role manžela a partnera, role otce...). Jsou jím někdy až fascinováni.

Z níže uvedených výroků je patrné, že zde jde o klasický přenosový vztah pacient-terapeut:

*„Pro mě je pan doktor autoritou, stejně, jako byl můj děda.“ (Ruda)*

*„Je zásadovej, jo. Je to prostě chlap.“ (Karel)*

Zde je zjevné, že vztah mezi pacientem a terapeutem hraje v hagioterapii velmi významnou roli a potvrzuje se, že terapeutovo působení, jeho akceptace, autenticita a kongruence jsou účinným faktorem:

*„Vliv Prokopa je na tuto terapii naprosto zásadní. Jde z něj životní pohoda a nadhled, zkušenosti ... Je perfektně připravený a hagioterapie má pod jeho vedením obrovskou dynamiku, pevný řád. Pro mě je to osoba naprosto zásadní a měla na mě zásadní vliv ... pro mě je to vzor.“ (Robin)*

Pacienti mají k terapeutovi **důvěru**, uvědomují si, že jim terapeut **věnuje pozornost**:

*„Doktor je v pohodě, dal mi sebevědomí, protože nás bere jako sobě rovný, můžeme mu tykat, ale já jsem z něho nervózní, nechápu, proč se nám tak věnuje, ani naši se mě takhle nevěnovali.“ (Václav)*

*„Nedělá z komára velblouda, je s náma a dává nám najevo, že o nás stojí a že mu není fuk, co říkáme.“ (Ruda)*

*„Věnuje se nám a poslouchá nás.“ (Pavla)*

Respondenti rovněž oceňují terapeutovu profesionalitu, což nepochybně přispívá k důvěře v terapeuta, v hagioterapii a také k pozitivnímu očekávání a naději v uzdravení:

*Tohle je strašně důležité... Vede to psychoterapeut, který je vzdělanej... Musí ho to stát strašný energie, to obdivuju. Ale kdyby to takhle nebylo, tak bych tomu nemohl věřit.“ (Ruda)*

*„Doktor Remeš je profesionál, a to mu nikdo nemůže vzít. Nejenom jeho vzdělanost, ale jeho přístup k nám je ojedinělý... ten jeho styl je odraz jeho vztahu k člověku.“ (Filip)*

Z rozhovorů vyplývá, že pacienti oceňují i prvek konfrontace, k němuž v hagioterapii dochází:

*„Prokop tu skupinu vede přirozeně, ale taky pevně. Šlape to celý dvě hodiny, má to tu mužskou energii, která je k tomu potřeba. Někdy se s náma nesere, umí bejt pěkně tvrděj, ale já mu věřím, že ví, co dělá.“ (Ruda)*

Z rozhovorů s respondentkami ženského pohlaví vyplývá, že terapeuta nahlíží jednak jako vzor, který si idealizují, a dále pak v rovině

fyzické přitažlivosti. Tato skutečnost se pak následně projevuje tak, že se respondentky snaží obecně více dbát na svůj zevnějšek, neboť jim záleží na tom, jak je terapeut vnímá a jak na něj fyzicky působí:

*„Pan doktor je chytrej chlap ... vlastně i kvůli tomu jsem tam chodila, je chytrej a sexy.“ (Bára)*

*„Bible mě nezajímá, on [Remeš] jo!“ (Adéla)*

*„S holkama si o něm povídáme a každou zajímá něco jinýho. Některá, jestli má snubní prstýnek, jestli mu ta terapie taky pomáhá ... Jsem někdy svědkem toho, jak s ním holky koketují. Tedy ony jo, on ne.“ (Vrátka)*

*„A pak se mi strašně líbí pan doktor. Jsem z něho vyřízená.“ (Pavla)*

Ukazuje se, že velmi záleží na věkové skladbě skupiny, neboť mladší ženy mají tendenci terapeuta vnímat spíše v rovině otcovské, než partnerské, zde nejpravděpodobněji jde o **přenos**, který je určen dřívějším vztahem pacientek k významným osobám jejich života, a zvláště z dětství a z rodiny (Kalina, 2013). V těchto přenosech jde o naděje, obavy, touhy a očekávání, které pramení z vlastní zkušenosti respondentek, které terapeutovi připisují určité postoje a charakteristiky, jež jsou spojené s osobami z jejich osobního života:

*„Remeš je pro mě autorita jako otec, brácha a i partner ...“ (Jana)*

*„Já Remeše ani nevnímám jako muže, ale jako obrovskou osobnost. Je naprosto přirozený, ani v náznaku neflirtuje, drží tu terapii pevně v rukou a to je strašně důležitý... Já tam prostě vidím tátu, ta jeho ochrana, to bylo pravý, opravdový.“ (Hedvika)*

Z výše uvedených výroků je zřejmé, že respondentky připisují terapeutovi vlastnosti „ideálního otce“, který je ochranný, přímý, ale zároveň vzbuzuje respekt.

*„Z Remeše jsem v rozpacích, mám pocit, že o mě pečuje ... mám k němu obrovskou důvěru. Vzbuzuje ve mně to lepší, tu naději, ale nemaže mi med kolem huby.“ (Adéla)*

Z předchozí citace je patrné, že v průběhu hagioterapie došlo ke konfrontaci a terapeut respondentce Adéle zřejmě poskytl **nešetřící zpětné vazby** vůči jejímu chování či projevům, což respondentka nyní zpětně oceňuje.

*„Je z něj strašně cítit, že nás ctí a respektuje jako ženy, ženy, které mu tam na sebe občas sdělují šílený věci. A on prostě námi nepohrdá a nesoudí nás.“ (Vrátka)*

*„Vedení doktora Remeše mě fascinuje, tuhle terapii považuji za jedinečnou.“ (Hedvika)*

Pokud jde o druhý úhel pohledu, zde z rozhovorů vyplývá, že jedním z velmi důležitých momentů v procesu léčby je terapeutův **akceptující a nehodnotící postoj**. Respondenti během rozhovorů zmiňovali, že oceňují, že se terapeut nad nikoho nepovyšuje a nikoho neponižuje a také nikoho **neodsuzuje**. *„Být druhým přijímán bez výhrad je a následně pak moci být sám sebou je základní lidská vztahová potřeba“* (Kalina, 2013, str. 61). Právě tuto potřebu v průběhu hagioterapie dočasně supluje terapeutický vztah, který klientům umožňuje zažít novou zkušenost, jež se může stát hybatelem změny.

*„Prokop je na tom to zásadní ... Oceňuju ten jeho přístup k nám, tu pohodu, kterou tam vytvoří. Nabídne tykání, pamatuje si naše jména, zajímá se o nás, poslouchá nás, neodsuzuje ...“ (Ruda)*

*„Ale co si z té hagioterapie odnáším je ten pocit bezpečí, že jsem tam upřímněj, že při tý skupině něco jsem a nikdo mnou nepohrdá.“ (Marek)*

*„Je bezvadnej, na nic si nehraje. Nabídl nám i tykání. Já jsem třeba blbej, ale jsou tam na tý hagioterapii i chytrý lidi, ale nebylo to cejtít, že tam ten rozdíl je. Já to třeba cejtím na jiných programech.“ (Karel)*

*„Je chytřej, bere mě, jaká jsem, nedělá si z nás legraci a vůbec nás neodsuzuje. Nutí nás přemýšlet a umí nás pochválit i sprdnout.“ (Pavla)*

Pokud jde o třetí úhel pohledu, respondenti si váží terapeutova zájmu o každého jednotlivce a oceňují jeho lidský přístup. Všichni respondenti, muži i ženy, vyzdvihují terapeutův zájem o ně samotné, a zmiňují, že

intenzivně vnímají, že je terapeut opravdu chce poznat a že jim chce pomoci. Podle Kaliny (2013) je právě **pozitivní očekávání** společně s **důvěrou v terapeuta** a s věnováním pozornosti jedním ze základních úzdravných faktorů ve skupinové psychoterapii.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že všichni respondenti oceňují, že jim terapeut nabídne tykání, že si pamatuje jejich jména, že jim po terapii poděkuje, ale také, že se s nimi rozloučí podáním ruky. Právě poslední zmíněné gesto označilo během interview 5 z 8 mužských respondentů za důležité a zdá se, že právě tomuto aspektu hagioterapie přisuzují subjektivně vyšší význam:

*„Vypadá to, že nás má rád. Podá nám ruku před kostelem a rozloučí se s náma. To neznám, pak se těším na příště, když mi takhle dá najevo, že pro něj to má smysl a těší se na nás.“ (Václav)*

*„Ještě mi přijde důležitý, že si s náma podá ruku, když odcházíme z kostela. My tam řekneme spoustu i intimních věcí a to zakončení v tom duchu je pro mě něco jako díky, a znamená to pro mě i to, že to [co bylo na hagioterapii řečeno], zůstává v tom kostele, tedy v bezpečí.“ (Ruda)*

*„Umí nám poděkovat a popřát po každém sezení, když vycházíme z kostela, tak se rozloučí a podá nám ruku. Já jsem byl takhle vychovanej ... ale od chlapů vím, že to berou něco jako odměnu, některé to uvádí až do rozpaků. Prostě to spousta z nich nezná a líbí se jim to.“ (Filip)*

*„Pro mě je pan doktor autoritou ... Pamatuje si naše jména a rozloučí se s námi podáním ruky. To jsem u doktora nikdy nezažil.“ (Marek)*

Akt podání ruky během interview zmínily také dvě respondentky, je však patrné, že jejich vnímání tohoto gesta je poněkud odlišné:

*„Jde s námi ven a podá každému ruku. Mě to vždycky donutí se nad sebou zamyslet, protože nechápu, proč to pro nás dělá.“ (Iva)*

*„Chybí mi to upřímný podání ruky. Pro mě je důležitý se hezky rozloučit a poděkovat, za to jsem moc vděčná, tohle neznám ze svého života a chci to naučit i své děti.“ (Bára)*



*„Tahle terapka mi fakt pomohla v tom, že se cejtím člověkem. Pan doktor je hodnej, taky umí bejt hustej, to jo, ale jednou jsem seděla vedle něho, a když mě na konci hagio chytil za ruku a přál nám, tak to jsem měla pocit, že všechno na světě dám.“ (Pavla)*

*Je překvapivé porovnat tato zjištění s názorem samotného terapeuta, který gesto podání ruky na závěr každé terapie vnímá takto:*

*„Pro mě je podání ruky jako výraz ukončení hagioterapie, která je dynamická a konfrontační, řekl bych, že je to jako na konci sportovního utkání. Když si nakonec podáme ruku, je všem jakoby jasné, že to nebylo doopravdy, ale že šlo o jakýsi druh sportovního zápolení v rámci terapie, která nejen, že neničí naše vzájemné osobní vztahy, ale vlastně je spíše prohlubuje jakýmsi přátelstvím“ (Remeš, ústní sdělení, 16. 12. 2015).*

## **9.2 Terapeutické prostředí**

Z rozhovorů vyplynulo, že významnou roli v léčbě hraje rovněž terapeutické prostředí. Respondenti shodně kladně hodnotili prostředí kostela svatého Václava v areálu PN Bohnice, v němž hagioterapie probíhá, které popisují jakožto prostředí, kde se cítí dobře, kde se cítí v **bezpečí** a oceňují klid a atmosféru, které tento druh terapie provází. Kostel a jeho atmosféra jsou významným symbolem, jenž na účastníky hagioterapie silně působí i přesto, že většina z respondentů nejsou věřící.

*„V kostele se cítím v bezpečí.“ (Jana)*

*„Když vejdete do toho kostela... ten klid, to je nádherný být někde, kde je Vám dobře, uvědomila jsem si, že už si ani nepamatuji, kdy jsem se cítila takhle spokojená.“ (Katarína)*

*„A mně když bylo vždycky nejhůř, tak jsem si šla sednout do kostela. A teď to bylo taky tak.... Mám ráda ticho a klid, kostel ten klid pro mě symbolizuje. Přitahuje mě atmosféra kostelů.“ (Vrátka)*

*„Ten kostel, to je taky něco a celá ta atmosféra. Na ulici ... tam musíte být ve střehu a tady jsem v bezpečí.“ (Adéla)*

*„Ráda poslouchám holky, co říkají, pro mě je to nejpestřejší terapie, která tady je... Na sedmičce [pavilon sedm] máme skupiny, to jo. Ale je to furt stejný. Buď téma, nebo životopis. A z tý Bible čteme a každý ten příběh je jiný a ta terapie je taky jinak vedená,*

*vyhovuje mi ten kostel. Ta hagio je skoro dvě hodiny, je čas a klid a pořád se něco děje. A hlavně jsem začala přemýšlet a nemyslet na to, jak bych si šlehla.“ (Pavla)*

Ve vztahu ke kostelu z rozhovorů vyplývá, že ženy si všímají převážně emocí a pocitů, které v nich prostředí kostela vzbuzuje, zatímco muži kromě pocitů hovoří o vzpomínkách, které se k prostředí kostela váží:

*„Nejsem věřící. Sice atmosféru kostela uznávám, na tom něco fakt je, moje bývalá vždycky lezla do každého kostela, když jsme byli třeba na dovolený. Mně to nevadilo, je tam příjemně...“ (Adam)*

*„Měl jsem bezvadného dědu, ke kterému jsem jezdil v létě. Byl to věřící člověk, bral mě do kostela, ale necpal mi nic do hlavy. Ale byl to skvělej člověk, celá vesnice přišla do kostela, když umřel.“ (Marek)*

*„Taky už vím, že můžu vejít do kostela a je tam aspoň klid. Tady to tak mám a chci to zkusit i venku, když mi nebude dobře, vejít do kostela a vzpomenout si na doktora a na jeho terapii tady s náma. A třeba mi to pomůže.“ (Václav)*

### **9.3 Bible a nadčasové biblické příběhy**

Nedílnou součástí hagioterapie je Bible, která sama o sobě je důležitým symbolem i pro lidi nevěřící, což se ukazuje mimo jiné ve výpovědích jednotlivých respondentů. Bible a v ní obsažené **nadčasové příběhy** slouží respondentům jako zrcadlo, které jim umožňuje identifikovat se s vystupujícími postavami. Respondenti často žijí v pocitu, že nespravedlnost se děje pouze jim a nejsou schopni na svoji situaci nahlížet komplexně a s odstupem, neuvědomují si, že s problémovými situacemi v životě se nesetkávají pouze a výlučně oni. Svou závislost si následně omlouvají právě tím, že ty těžkosti se v životě dějí jenom jim.

*„Ta Bible mi připomíná mého dědu ... Biblí měl na nočním stolku s brýlemi. Večer ji četl a ráno, když vstával, tak ji pohládl. Moc jsem to tehdy nechápal, ale teď tomu rozumím. Rozumím tomu, že se celý život o něco opíral, o víru, o Bibli a asi v tom viděl nějaký smysl života, který si uměl i v těžkých chvílích vysvětlit nebo pochopit a hlavně něčemu po celý svůj život věřil.“ (Marek)*

*„Když čteme tu Bibli, tak ty příběhy prožívám a cítím. Vzpomínám na dětství, když při různých svátečních událostech někdo z rodiny četl z Bible. Byl to většinou děda nebo jeho brácha, později strejda. Duch víry naši rodinu vždycky provázel. V týhle léčbě jsem si na to vzpomněl a říkám si, proč má ta Bible takovou moc, když dokázala po staletí lidi spojit. Tak jsem aspoň začal bedlivě naslouchat a zkusit být součástí těch příběhů... Nejsem jedinej, kdo byl, je a bude v průseru. Já jsem to měl všechno hrozně jednoduchý, nebyl jsem pokornej a teď došlo na zúčtování. Nevyužil jsem toho, co mi bylo dáno. To je poprvý, kdy jsem si to sám uvědomil. Ježíš svůj dar využil.“ (Honza)*

*„Začal jsem při čtení těch příběhů vidět sebe. Vlastně jsem byl rád, že v principu já jsem byl v problémech, ale v problémech byli lidi odjakživa.“ (Adam)*

*„Ty příběhy v té Bibli mně dokazují to, že tyhle věci se děly, dějí a budou dít. Záleží jen na nás, jak s tím naložíme ... když to vzdám ... tak nic nebude. Když aspoň něco zkusím, tak mám šanci, že něco bude.“ (Bára)*

*„Je to pecka, ta Bible. Já jsem věděla, že nějaká Bible je, ale myslela jsem si, že se to rozdává v kostele těm babkám a ony u toho pak kvílej. Tam jsou ty příběhy, který většinou nedávám hned, ale pak doktor nám to vysvětluje a pak to čteme ještě několikrát.... To nepochopím, jak je to možný, že je to tak jako dneska. Stejný všivárny, vraždy, oběti ... Připadá mi, že je ta doba mnohem krutější a ty lidi to tam líp dávali.“ (Pavla)*

*„Když jsme četli příběh, tohle téma bylo ve více příbězích, tak jsem si uvědomila, jak je důležité přijmout určité situace... Ulevilo se mi ... V té Bibli jsou někdy takový hrůzy a ty lidi to museli taky zvládnout.“ (Katarína)*

*„Ta Bible ... je tam asi všechno o životě, o lidech, o emocích. Kdyby mi to doktor nevysvětlil, tak bych tomu nerozuměl... jako lidi jsme blbí a nepoučitelný. A furt děláme svinstva dokola.“ (Václav)*

Jak již bylo uvedeno, účastníci hagioterapie zpravidla zaujímají vůči biblickým postavám nějaký postoj. Buď se proti nim vymezují (například postava krále Heroda), nebo se s nimi ztotožňují, či je případně přijímají za svůj vzor. Ukázkovým příkladem posledně uvedeného vztahu je fenomén fascinace osobností Ježíše, který je patrný z následujících dvou výpovědí:

*„Říkal jsem si, že by bylo fakt dobrý, kdybych byl Ježíš. Věděl bych, co mám dělat a věděl bych všechno, to by se mi teď hodilo. Jsem nerozhodnej a moc nevím, co a jak dál. A taky vstal z mrtvých. To bych teď taky potřeboval.“ (Karel)*

*„To je hustý, třeba ten Ježíš. Podle mě dopad blbě, ale k něčemu se rozhodl a ustál to sám před sebou i před ostatníma. Fakt hustý... Bejt tak Ježíš... Nebo aspoň dostat druhou šanci.“ (Václav)*

V následujících dvou případech se respondenti s osobností Ježíše srovnávají:

*„Co mě v tý Bibli fascinuje je ten Ježíš. Já ho vidím naprosto kladně. Je statečný, zásadový, jeho víra přetrvává dodnes, ale podle mě stejně dopadl blbě. Takhle tomu rozumím.“ (Adam)*

*„V každém příběhu je i něco o mně. Ale co vím určitě, že už nechci v životě riskovat a dělat rozhodnutí jako Ježíš. Nejsem tak statečná. Chci svoje děti zpátky do péče a chci se dát zdravotně do pořádku.“ (Bára)*

Nadčasové biblické příběhy tedy pomáhají účastníkům hagioterapie orientovat se v náročných životních situacích a především jim dodávají naději, že takové situace lze zvládnout. Hagioterapie současně umožňuje **otevírat témata s existenciálním rozměrem**, pro která není jindy (například na skupinové terapii) prostor.

*„Probírají se tam témata, o kterých jsem nikdy nepřemýšlel, jako vina, špatný svědomí, právo na život, dobro, zlo, láska, druhá šance. Tam mi vlastně došlo, že já neznám ani tu pokoru, znám jenom křivdu a tou jsem se zabýval posledních patnáct let. A taky to podle toho se mnou dopadlo.“ (Marek)*

*„Já neodsuzuju skupiny na pavilonu, taky jsou dobrý, ale jiný. Tady se prostě dostáváte k sobě, hraje v tom roli víc věcí. Prostředí, chodí tam holky, které tam chtějí chodit a taky řeší ta obrovská témata, co někdy nejdou ani unést. A to je právě to, co nás táhne z kola ven.“ (Katarína)*

*„Cítil jsem marnost, hagioterapie mi ukázala, že je důležitý, co bude teď. Díky hagioterapii jsem otevřel taková témata a nejsem si jistej, jestli bych se k tomu někdy dostal...“ (Robin)*

Je také zajímavé, že dva ze čtyř gamblerů, kteří byli obsaženi ve výzkumném vzorku, v souvislosti s tématem Bible hovořili v následujícím duchu:

*„S Biblí jsem se nikdy nesetkala, ale musím říct, že si jí asi pořídím, protože mě baví číst si o věcech, které mají dobrý konec.“ (Iva)*

*„Nejraději bych z Bible využil těch zázraků, to se mi stejně vrtá hlavou, ale nic no...“ (Marek)*

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že hagioterapie v sobě snoubí několik účinných faktorů, jejichž společné působení má na pacienty blahodárné účinky. Osobnost terapeuta a terapeutický vztah se všemi jeho aspekty působí na pacienty jakožto samostatný faktor, stejně tak terapeutické prostředí kostela samo o sobě vyvolává v pacientech vzpomínky či případně vyplavuje pocity a emoce, eventuálně evokuje minulé traumata a vzpomínky na minulost, přičemž posledně jmenované jsou katalyzátorem emočního uvolnění a prostředkem pro dosažení zlomového bodu v léčbě.

## 10 Druhá fáze – emočně korektivní zkušenost, abreakce, katarze

Společné působení terapeutického vztahu se všemi jeho aspekty, terapeutického prostředí, kde se klienti cítí bezpečně, se čtením nadčasových biblických příběhů vedou v hagioterapii k tomu, že pacienti na základě zpětných vazeb od terapeuta zvyšují své vědomí, dochází k sebepoznávání. Již zmíněné zrcadlení biblických příběhů má za důsledek to, že pacienti si uvědomují dosud skryté souvislosti a nevědomé psychologické obrany. Právě v jejich důsledku dochází ke **katarzi** a k **emočnímu uvolnění**.

Jinými slovy, působení všech výše jmenovaných faktorů vede k tomu, že se pacienti během hagioterapie otevírají a spontánně hovoří o tématech a o zážitcích, které na ně měly v minulosti traumatický vliv a které mohou být jednou z příčin jejich aktuálního pobytu v PN Bohnice. Katalyzátorem jsou zpravidla biblické příběhy, kdy po přečtení jednotlivého příběhu terapeut vyzve pacienty, aby vyjádřili emoce, které v nich příběh vyvolal. Tato **verbalizace** umožňuje pacientům, jak uvádí Kalina (2013), pojmenovat: *„dosud nepojmenované a tím se dostávat do kontaktu s jejich tělem, emocemi a vlastním jednáním v interpersonálních vztazích a neuvědomovanými životními scénáři, které pak mohou lépe rozpoznávat, zpracovat, zvládat a měnit“*.

Při hlubší analýze pak pacienti s pomocí terapeuta dospívají k AHA-efektu, kdy si uvědomují paralely mezi chováním jednotlivých aktérů biblických příběhů a svým vlastním chováním. Pro ilustraci použiji situaci z hagioterapeutického sezení, kdy po přečtení příběhu o králi Herodesovi a narození Ježíše Krista respondent Adam verbalizoval své emoce a vyjádřil zlost vůči osobě krále Heroda, který nechává zabíjet novorozené chlapce. Při hlubší analýze skupina dospěla k tomu, že král Herodes tak činí zřejmě proto, že se bojí, že ztratí svoji pozici vládce. Respondent Adam situaci komentoval následně:

*„To jsem vlastně já. Ten Herodes ve mně, to je alkohol. Obětoval jsem mu vše.“*

Obdobně probíhal AHA-efekt u respondentky Adély:

*„Je to jako z té Bible, jak tam ten fanatik jde obětovat toho svého syna [Abrahám obětuje Izáka]. Tam mně došlo, že takhle vlastně nesu svoji dceru... Je to oběť, kterou dávám, abych mohla být na heráku.“*

## 10.1 Traumata

Během hagioterapie pacienti spontánně hovoří o traumatech, o své rodině, o vzpomínkách na dětství a v neposlední řadě také o pocitech viny. Ve výpovědích respondentů se toto téma opakovaně objevuje, často v návaznosti na otázku *„Proč jste si zvolil/a v léčbě hagioterapii a věděl/a jste o čem tato terapie je?“*. Respondenti následně hovoří o svém vztahu k víře, k chození do kostela a vzhledem k tomu, že často toto souvisí s rodinou, dostávají se postupně spontánně k traumatickým zážitkům z minulosti. V rámci hagioterapie také přichází řeč na traumata, ať již jde o smrt rodičů, prarodičů, o znásilnění, o potrat či o nevěru, v souvislosti se sebeexplorací či v momentě, kdy jsou pacienti konfrontováni s vytěsněnými zážitky, často v souvislosti s hlubší analýzou biblických příběhů či případně při psychodramatickém přehrávání jednotlivých příběhů.

Bezpečí terapeutického vztahu a také sounáležitost skupiny, kde panují pevné, akceptující vztahy, umožňují, aby pacienti hovořili o traumatizujících zážitcích a projevili emoce, které dosud projevit nemohli (například kvůli studu, nebo obavě z negativních reakcí okolí, které by je nemuselo přijmout). Již jen vyslovení těchto traumat a jejich sdílení s terapeutem a se skupinou má zásadní terapeutický vliv na průběh další léčby. Když následně dojde ke konfrontaci ve smyslu nešetřících zpětných vazeb, následuje často emoční vyplavení. Pacientům se následně dostává **zážitku přijetí**, což jim umožňuje zpracovat negativní emoce a postupně se dostat k emocím pozitivním, které pacienti začínají prožívat a posléze také vyjadřovat.

*„Moje rodina je z jižní Moravy, takže by se dalo říct, že bych historicky k víře měl mít blízko, ale můj táta byl hodně nemocný, byl na vozíčku a před čtrnácti lety umřel. A já to bral jako strašnou nespravedlnost, takže jsem to asi vnitřně svedl na toho Boha, abych někoho obvinil. Zůstal jsem s mámou sám a bylo to fakt těžký.“ (Robin)*

„Když mi umřela manželka, tak jsem začal strašně chtít, aby se naše děti měly dobře, když jim umřela máma. Nějak jsem v té bolesti neuměl najít nic dobrýho. A představa, že budu dělat radost dětem a zajistím je a já nevím co ještě, mě přivedla k tomu, že jsem bezdomovec, který bohužel ještě dýchá a přemýšlí a má snahu ještě aspoň něco změnit. Ale opouští mě síly, protože nevím, co dál. Několik pokusů jsem udělal, ale všechny skončily v herně... Občas ale stejně myslím na to, že se něco stane, zázrak či co, a já budu žít jako dřív. Budu sedět v domku na zahrádce, tak jako dřív. V těch představách je stále i moje manželka, tahle vzpomínka končí okamžikem, kdy přišli policajti a oznámili mi, že měla autonehodu a že je mrtvá.“ (Marek)

„Ted' myslím na to, proč se to všechno stalo. Nehledám viníka, to jsem já, ale musím spoustu věcí vysvětlit rodičům, dětem. Vlastně nejvíc jsem začal pít, když se provalila nevěra mojí ženy. Pak odešla, vzala děti a konec. Už jsem jí přestal dávat hodně peněz, taky je pravda, že tam to moje pití bylo už nonstop.“ (Adam)

„Naši popíjeli, sice choděj do práce, ale se ségrou jsme byli děti ulice. Ségra taky bere, už dva roky nevím, kde je. Já nebyl k ničemu vedenej, že jsou nějaký emoce, to se nikdy neřešilo, pak jsem to všechno řešil tím perníkem... Nechci se vymlouvat, že za to můžou naši, že jsem, kde jsem, ale mají na tom podíl.“ (Václav)

„Četli jsme příběh, kdy Pilát odsoudil Ježíše k trestu smrti. Já jsem se tam viděl ... Já jsem si při tom vzpomněl na situaci u nás doma, když se ztratily prachy. Ztratily se i u babičky a u dědy. Já jsem v té době měl už s perníkem nějakou zkušenost, ale rozhodně to bylo v době, kdy jsem si dal tak jednou za tejden. Moje sestřenice v té době byla už na jehle, nikdo to nevěděl, jak na tom je. Ale rodinnej grázl jsem byl já, takže se srotila celá naše family a šla do mě... Táta mi během chvíle sbalil věci a vyhodil mě. To se stalo před třemi roky. Od té doby jsem nějak přežíval na bytech, bral jsem denně, až jsem skončil na ulici a samozřejmě jsem začal krást. Do té doby fakt ne. Vlastně jsem se nechal taky přibít na ten kříž.“ (Karel)

„Moje babička s dědou byli silně věřící, ale pamatuji si je jen do svých čtrnácti let. Zabili se v autě, byla to moje první zkušenost se smrtí. Byla jsem naštvaná, protože jsem to cítila jako strašnou nespravedlnost. Jsem z Moravy a jejich pohřeb byl obrovskou událostí nejenom ve vesnici, odkud pocházím, ale i pro okolní vesničky. A to bylo naposled, kdy jsem do kostela vstoupila.“ (Katarína)

„Farář, co mě vychoval, není můj biologický otec. Vychovával nás od mých čtyř let. Můj biologický otec spáchal sebevraždu. Měl maniodepresivní psychózu, strašně pil. Máma od něj s náma odešla k tomu faráři, my jsme k tátovi chodili na návštěvy. Táta byl strašně chytřej, byl gynekolog, byl mladej, měl v sobě obrovský vnitřní kapitál. Ale měl talent psychickýho teroru. Pamatuju si, jak nám jako malejm dětem pouštěl Kainara s Mišíkem a



*museli jsme to několik hodin rozebírat. Bylo mi asi šest. Táta byl srab, nenechal ani dopis na rozloučenou. Až po pohřbu jsme u něj v bytě našli spoustu dopisů, dopisy plný rad.“ (Jana)*

*„A u toho příběhu, jak tam křivdili tý jedný jakoby nevěrnici, tak jsem se v tom úplně viděla. Taky mi křivdili, pořád na mně někdo něco viděl.... Mně se moc líbilo, že se pravda ukázala. Furt jsem s tímhle bojovala, každej na mně viděl samý nesmysly. Ale budu teda doufat, že se mi to v životě taky otočí.“ (Iva)*

*„Já už jsem toho opravdu prožila moc. Tu tátovu sebevraždu jsem už částečně vstřebala, ale mám v hlavě ten svůj stav po tom svém skoku... Skočila jsem v toxické psychóze asi z devíti metrů. Byla jsem rozbitá, žádná bolest, ale někdo nebo něco tam bylo. To vím jistě. Nebyl to tunel se světlem, nebyly to hlasy ani konkrétní obrazy, ale něco tam bylo. A já to vnímala mimo svoje tělo. Trvalo to dlouho, nevím, jestli to bylo při resuscitaci nebo potom v umělém spánku, ale od té doby vím naprosto přesně, že něco nad námi je... Mám za sebou sedm neklidů, jedna toxická psychóza za druhou. Vlastně jsem jedno období pořád bláznila. Čistou hlavu jsem neměla několik let (dlouho mlčí) ...“ (Hedvika)*

Během hagioterapie dochází nejen ke **korektivním emočním zkušenostem**, ale také k **abreakcím**. Potlačené či nevyjádřené emoce jsou uvolněny během abreakce, takzvaného odžití, kdy pacient opětovně prožije traumatickou vzpomínku, a právě vyplavením pocitů se negativních emocí zbavuje a následně se dostavuje úleva a vypořádání se s minulou situací (Kalina, 2013):

*„Jsem teď na třetí léčbě, pořád se mi nedaří abstinovat, pořád se na mě lepí strašný věci. Nevím, co dělám blbě, ale je to až neuvěřitelný, co mám za sebou. Uvědomila jsem si, že jsem se na žádné terapii nikdy nebyla schopná otevřít... Po první terapii jsem ze sebe chtěla dostat věci, co jsem v sobě zazdila, to už jsem věděla, ale nevěřila jsem tomu, že to půjde... Na druhé hagio jsme četli příběh, už nevím, co to bylo, dostala jsem do ruky meč, nechtěla jsem vůbec mluvit a pak jsem reagovala naštvaně a podrážděně. A Remeš na mě tlačil a pak se mě zeptal, jestli jsem nebyla zneužívaná. A báb, poprvé jsem to řekla, že ano. Dělal mi to můj otčím. Prostě to ze mě Remeš dostal ven a já jsem mu za to hrozně vděčná. Snad teď budu moct jít dál.“ (Vrát'a)*

*„Strašně jsem strádala, že od nás táta odešel. Máma pila, nešlo to s ní vydržet. On prostě odešel, mně bylo devět let. Ve dvanácti jsem k němu utekla, on měl mladou holku, vyhodil mě. Pak už jsem ho nikdy neviděla. Před dvěma lety jsem se ho rozhodla najít, to jsem zrovna abstinovala a bylo mi fajn. Tátu jsem našla přes sociální síť, strašně brečel, když mě viděl. Nebyl na tom dobře, přišel o spoustu peněz, ale byl rád, že mě vidí a měl i*

*radost, když viděl moje děti. Chtěl jim jako děda udělat radost, slíbil jim, že spolu pojedou do Disneylandu. Plánovali spolu ten výlet, ale já jsem věděla, že má problémy se srdcem. On to neřešil a já v euforii, že jsem našla tátu, jsem se rozhodla, že s nám budu chodit po vyšetřeních, abychom věděli, co mu je. Nechtělo se mu to absolvovat, ale poslechl mě. Nakonec skončil v IKEMU a doporučili mu tam operaci chlopně. Táta nejdřív chtěl do toho Disneylandu a pak na operaci, ale já jsem ho tam dotáhla hned. ... A už se neprobral z narkózy... Během 5 měsíců jsem se rozpila tak, že jsem měla 5 promile a fungovala jsem. Urnu mám pořád u sebe, musím ji uložit, ať už mám klid.“ (Bára)*

## **10.2 Vzpomínky na dětství**

V rozhovorech se opakovaně vyskytuje také téma vzpomínek na dětství, k němuž se respondenti uchylují zcela mimoděk, aniž by byli tázáni. Vzpomínky nejsou jen kladné, ale je patrné, že toto téma je pro respondenty velmi důležité. Ať již proto, že vzpomínka na spokojenou rodinu jim dodává sílu pokračovat v léčbě a představuje určitou motivaci pro zapojení se do normálního života, nebo proto, že se v dětství odehrálo něco traumatického, co je nutné překonat a samotné uvědomění si tohoto traumatu je k tomu prvním krokem.

*„Můj děda byl filosof, strašně se mi věnoval, měl jsem ho rád. Naučil mě spoustu věcí... Chtěl, abych byl v životě spokojenější ... Tak teď jsem tady, myslím hodně na dědu, vrací se mi ty naše hovory. Děda tady v Bohnicích umřel a já sem přišel, abych žil.... Mám dluh ke svému dědovi, myslel si, že to dotáhnu daleko, nemyslím kariéru, ale lidsky. Jemu na tom záleželo. Škoda, že si teď nemůžeme povídat, stačil by mi jeho pohled nebo vidět jeho oči a věděl bych ...“ (Ruda)*

*„Hned od první hagioterapie, když jsem viděl doktora Remeše a vstoupil jsem do kostela, jsem věděl, že se probouzím. Vzpomněl jsem si na situace, kdy jsme chodili do kostela jako rodina, potkávali jsme přátele a bylo to moje dětství, dospívání. Až teď jsem si uvědomil a cítil, jak to pro mě bylo důležité období. Neměl jsem starosti a rodiče mi po všech stránkách poskytli vše, co jsem potřeboval. Byli spravedliví, dali mi pocit bezpečí a vychovávali mě v pravdě.“ (Filip)*

*„Každý Vánoce jsem musela s našima do kostela, málem jsem tam zmrzla a nechápala jsem to. Jediný, co bylo dobré, že tam po mně nikdo nic nechtěl.“ (Iva)*

*„Příběh o nespravedlivém trestu... bylo to o něčem, čím jsem si prošla i já. Nemyslím to zneužívání, ale otčím mlátil strašně mě i moji mámu. A neměl důvod, vždycky to byly*

*kraviny. Já jsem ale při tom mlácení cítila, že je to moje vina, ale věděla jsem, že jsem nic neudělala ... Já toho otčíma vůbec nechci řešit a už vůbec mu nechci odpustit.“ (Vrátka)*

### **10.3 Verbalizace**

Především u drogově závislých pacientů pozorujeme poruchy emocí, postupné vymizení veškerých zájmů, které jsou nahrazené drogou, dochází rovněž ke změnám hierarchie hodnot, neboť droga se v žebříčku hodnot dostává na první místo. Není tedy překvapením, že jedním z témat, které se ve výpovědích respondentů opakovaně objevovalo, byly právě emoce a existence pocitů viny.

*„Děti mají moji rodiče, jsou u nich v pěstounské péči. Ale odmítají mi s nimi kontakt... Jediný, co mě rozbřečí, je to, jak je možný, že jsem je vyměnila za perník. Za ulici a perník. Teď už se mi vrátily pocity a mám strašný pocity viny. Nechci je mít, ale mám je. A jedinej program, kterej tady je a v tomhle mi pomáhá, je hagio... To čtení z Bible mi přináší naprostý klid a naději, že snad nejsem úplně v prdeli... Já jsem měla hezký dětství, jsem jedináček, naši mě milovali, měla jsem všechno. Posledních deset let se potácím v samejch průserech. Tady, když přijdu do toho kostela, tak to ze mě spadne... Kvůli těm výčtkám, kvůli těm pocitům viny, bych měla udělat rozhodnutí, abych se konečně rozhodla, jak dál.“ (Pavla)*

*„Očekávala jsem, že budu řešit svoje pocity viny. Ty mám opravdu strašný. Jsem střízlivá. To byl ale jen začátek. Pak přišly výčtky, opravdu strašný, vinila jsem se ze všeho, takhle vypadal můj detox.“ (Katarína)*

*„Začal jsem cítit, Prokop ve mně probudil emoce.... tím to vlastně všechno začalo. Moc mi pomohlo, že po nás Prokop chce přemýšlet, popsat emoce, já jsem se díky tomu dostal sám k sobě.“ (Ruda)*

*„Začínám se soustředit, když čteme z té Bible, ze začátku mi to dělalo problém... Kdyby nám doktor to čtení z té Bible nevysvětlil, tak bych se nechytal, ale už mi to jde docela dobře a emoce, to bylo další, co jsem nedával. Přemýšlel jsem, proč je nemám, co to vlastně je. Teď je některý mám, ale nemůžu si na to zvyknout a není mi to někdy příjemný. Nutí mě to přemýšlet o sobě, to je pro mě nový.“ (Václav)*

*„Hlavně jsem dlouhou dobu vůbec nic necítil a teď tam máme říci svoje pocity. Ze začátku mi to teda vůbec nešlo, ale teď jsem na tom líp, konečně něco cítím. A mám radost, že něco vidím i dobrýho. A jak chodím do toho kostela pravidelně, tak se cítím i docela k něčemu.“ (Karel)*

*„Nic jsem necítil ... potřebuju zjistit, proč se nejlíp cítím, když se zřetuju a napiju. Ale přece jenom jsem se posunul v tom, že když čteme tu Bibli, tak ty příběhy prožívám a cítím... Já se vidím v každém příběhu. Umím popsat emoce, rozumím a vidím ta jednotlivá témata, ale někdy mi dělá problém si některé věci připustit... Já pocity viny třeba vůbec nemám a měl bych je mít. Je to divný, ale je to tak. Vzhledem k tomu, že s námi na skupině byly i ženy, tak jsem postřehl, že pocity viny mají skoro ze všeho.“ (Honza)*

*„Ženský sklouzávají do emočně laděnejch keců. Na skupinách jsem si všimla, že jedna ženská něco řekne, a všechny začnou papouškovat. Ženský mají tendenci se za některý věci schovávat. Věřte mi, tohle mám za tu dobu už zmáklý. Jediný pravdivý u žen jsou pocity viny.“ (Hedvika)*

*„Taky tam říkáte ty věci, jak to cítíte a myslíte... Tohle jsem vůbec neuměl, neznal, já jsem spíš hledal odpovědi typu, proč to nešlo, anebo kdo za to může. Je mi dobře, když říkám, jak ty věci myslím.“ (Adam)*

*„Vinu cítím, protože nežiju dobře, protože jsem ublížila lidem, které nejvíc miluju... Muži mají také pocity viny, ale spíš tu vinu hledají někde jinde. To je moje zkušenost.“ (Katarína)*

Je pozoruhodné, že o přítomnosti pocitů viny hovoří především ženy-respondentky. Dokonce v jednom případě z rozhovorů vyplývá, že pocity viny jsou jediné autentické a pravdivé pocity u žen. Samotní muži respondenti následně popisují tentýž vzorec, tedy že vnímají, že ženy mají pocity viny a uvádějí, že toto je specificky ženské téma. Zde bych ráda ještě jednou upozornila na některé pasáže rozhovorů:

*„Vzhledem k tomu, že s námi na skupině byly i ženy, tak jsem postřehl, že pocity viny mají skoro ze všeho.“ (Honza)*

*„Ženský všechno překombinují, lítají v emocích a neumějí to vidět tak opravdově a jednoduše, nemůžu si vzpomenout na to slovo... racionálně.“ (Václav)*

Je zajímavé, že ze čtyř gamblerů (tři muži a jedna žena), zahrnutých do výzkumu, se ani jeden vůbec nezmínil o tom, že by cítil vinu. Gambleři měli tendenci hledat vinu v někom jiném nebo někde jinde. O emocích pak hovořili v průběhu interview dva ze čtyř gamblerů, oba muži.

## 11 Volba alternativ – třetí fáze v procesu léčby

Díky tomu, že jsou pacienti konfrontováni se silnými emočními situacemi, které častokrát v minulosti nedokázali zvládnout, dochází u nich mnohdy k žádoucí korektivní emoční zkušenosti, neboť díky přístupu „tady a teď“ již nejsou potvrzovány jejich patogenní přesvědčení z minulosti, což vede v důsledku k tomu, že jsou následně schopni vyjadřovat více emocí a projevují se u nich také známky prohloubeného sebeprožívání.

Výsledkem konfrontace je posun k akceptování problémů, ke kognitivnímu i emočnímu náhledu a především k tomu, že pacienti přebírají odpovědnost za svoje jednání. **Převzetí odpovědnosti** za své jednání je základním předpokladem pro vědomé a svobodné vybírání alternativ pro budoucnost.

Podle Kaliny (2013) vede vědomí nových alternativ k zvýšené **možnosti volby** a k posunu k **osobní svobodě**. Setrvávání ve lži či nepravdě o sobě, o druhých a o světě může být vnímáno jako nemoc ve smyslu bezmoci, nicméně předpoklad, že pravda má osvobozující a uzdravující potenciál s sebou také nese druhou stranu mince, a tou je úzkost a obavy z přijetí odpovědnosti za vlastní budoucnost.

Téma volby nových alternativ a svobodného rozhodování se v rozhovorech s respondenty opakovaně vyskytovalo, zpravidla totiž následovalo po otázce „*V čem může být hagioterapie přínosná ve Vašem budoucím životě?*“.

*„Toužím rozhodovat sám za sebe, chci se vymanit z tlaku věcí a svobodně se rozhodovat.“ (Filip)*

*„Ale hlavně jsem z toho pochopila, že se člověk má rozhodovat sám za sebe a svobodně, vymanit se z tlaku věcí, pak teprve se můžeme dostat ke smyslu života.“ (Katarína)*

*„Zjistila jsem, že musím být víc zodpovědná, ale ne tak, že to po Vás někdo chce a řve a vynucuje si to, ale že to chcete sám.“ (Pavla)*

*„Největší přínos hagioterapie vidím v tom, že jsem začala poznávat sama sebe... Za ty dvě hodiny odvedu tolik práce na sobě, že to na sobě neudělám ani za celý týden na*

*pavilonu. Já jsem si večer po hagioterapii uvědomila, že mi dala sílu a vnitřní odpověď na to, co bych měla začít dělat jinak.“ (Vrátka)*

*„Ale změna, která se ve mně odehrála asi největší je, že si nepřipadám jako špína, že se tady ke mně chovají hezky, že poznávám spoustu věcí, názorů a zkušeností. Určitě to mohlo způsobit to prostředí a ty příběhy v té Bibli.“ (Pavla)*

*„Pomáhá mi poslouchat ty příběhy, protože pak nejsem sám s těma průserama. A taky jsem teď ve stavu, kdy musím přemýšlet co a jak dál.“ (Karel)*

*„Já bych chtěl konečně rozhodovat sám za sebe, už nedělat věci podle toho, co si kdo přeje... Snad jsem pochopil, že když nebudu zodpovědný za sebe, tak nebudu nucený k ničemu. Vezměte si jakýkoliv příběh v Bibli, když něčemu věříš, tak víš, co máš dělat. Jdeš za tím, jasně, to ještě neznamena, že to dopadne dobře, ale můžeš se pak zlobit tak akorát sám na sebe. Já inklinuju neustále svádět všechno na něco nebo na někoho. Bude to těžký, ale už konečně vím, čemu můžu věřit. Ne čemu, ale sobě!“ (Honza)*

V hagioterapii se uplatňuje již jednou zmíněný přímý **nácvik interpersonálních a sociálních dovedností**, a to například formou psychodramatického přehrávání biblického příběhu. Pacient má možnost vyzkoušet si v chráněném prostředí různé typy chování a prostřednictvím tohoto nácviku může následně dospět k překonání dosavadních nefunkčních vzorců chování, rigidních reakcí a postojů. Terapeut následně dosažené změny podporuje a posiluje eliminaci nežádoucích vzorců, na jejichž výskyt pacienty upozorňuje a snaží se podporovat naopak takové vzorce chování a reakcí, které považuje za žádoucí. Smyslem tohoto nácviku je, aby pacient uplatňoval nové vzorce chování i mimo terapeutické prostředí a pokud se tyto setkají s pozitivní reakcí, pak podporují rozvoj adaptivní spirály, která přetrvává i po skončení terapie (Kalina, 2013).

O významu těchto nácviků svědčí výpověď respondentů Adama, který byl požádán, aby v příběhu o Ježíši a králi Herodesovi, sehrál roli Josefa.

*„Pro mě byl nejsilnější zážitek, když Panna Marie měla vysvětlit Josefovi, že je těhotná. A Josef věděl, že s ní nic neměl a uvěřit tomu, že ani ona s nikým nic neměla. Já na to koukal a vrátila se mi tahle situace. Přesně tak seděla přede mnou má žena a já věděl, že je mi nevěrná ... Člověk je někdy v situaci, kdy něco naprosto přesně ví, ale není schopen*

*si to obhájit ... Měl jsem jít dál a znovu se postavit na nohy, ale lítoval jsem se a utápěl jsem se v chlastu.“ (Adam)*

Díky psychodramatickému přehrávání biblického příběhu dostávají klienti možnost uplatnit interpersonální a sociální dovednosti, jsou nuceni vyjadřovat pozitivní i negativní emoce a tak podobně. Díky tomu pak znovu dochází k rozšíření jejich osobních kapacit a k překonávání dosavadních nefunkčních stereotypů. I v této souvislosti dochází během hagioterapie k emočnímu uvolnění a v jeho důsledku k přijetí (terapeutem, skupinou), díky čemuž může klient prožít korektivní emoční zkušenost.

*„Byl jsem na tom [hagioterapii] poprvé a doktor se nás ptal, jestli bysme dávali nebo dáváme žebrákům peníze. Já jsem k tomu nic nechtěl říct, protože jsem taky měl období, kdy jsem somroval. Doktor toho ze mě moc nedostal, ale říkal nám, že měl jednoho pacienta a ten mu na tuhle otázku řekl, že se žebráním živil a že je naštvaný, protože mu lidi dávali peníze a on měl tím pádem na chlast. Kdyby mu prej nedávali, tak se šel léčit dřív. To jsem taky začal přemýšlet, že už jsem mohl být vyléčený, kdybych poprvý, co jsem tu byl, nedal reverz.“ (Václav)*

*„Já se furt opakuju, že nikomu nechci zasahovat do života a Prokop do mě ťuknul a povídá: „Myslíš si, že by Tě máma chtěla, kdyby věděla, co ji s Tebou čeká za trápení?“ Byl jsem bez dechu... Nasral mě... Já si teda myslím, že máma by mě chtěla, protože teď mě podporuje, zaplatila všechny moje dluhy, ale pravda je, že lidi dělají větší průsery, a kdyby to mámy věděly dopředu, tak by nás na tom světě bylo o něco míň.“ (Robin)*

*„Opravdu jsem tam prožil velmi silné emoce u několika věcí. Jak už jsem mluvil o odvážné Juditě, tak ona se vracela zpět do svého obleženého města s uřízlou hlavou svého protivníka, čímž zachránila celé město, které bylo v obležení. A já hrál toho nejvyššího z toho obleženého města, toho, který neměl tu odvahu něco udělat a město zachránit. A ke mně přichází ta Judita a podává mi tu hlavu... A bum, ta síla toho očního kontaktu a cítil jsem stud a tam jsem si uvědomil taky tu svoji lenost... A jak jsem se v tu chvíli cítil, tak jsem se postavil.“ (Robin)*

## **11.1 Rozhodnutí**

Díky znovuprožití situací, které pacienty v minulosti formovaly a často dokonce traumatizovaly, k nimž však tentokrát dochází v rámci bezpečného prostředí a v atmosféře přijetí, jsou pacienti schopni tyto situace nově zvládnout a dochází k posunu, ke korekci (Vymětal, 2004). V momentě, kdy

jedinec dospěje do bodu hlubšího sebeprožívání, kdy je již schopen sebereflexe a náhledu na svůj problém, dospívá k rozhodnutí a k volbě alternativ (abstinovat, pokračovat v léčbě, řešit svou budoucnost, splácet své dluhy a tak podobně). Právě téma rozhodnutí se během rozhovorů s respondenty opakovaně objevovalo. Respondenti o něm hovořili většinou v návaznosti na otázku: „V čem Vás hagioterapie ovlivnila?“

*„Vlastně mi došlo, že moje manželka byla ta, která se o všechno starala, měla všechno promyšlený a v pořádku, já jsem pracoval, ale v podstatě jsem se víc nestaral, a když jsem něco udělal, tak mi to manželka řekla, co je potřeba a tak. Když tohle v sobě nezměním a nepřiznám si, že musím já sám, sám za sebe a nebýt naivní, tak to si už neumím představit, jak to se mnou dopadne... Musím začít od začátku, nějak být zodpovědný a nemyslet si, že to bude dobrý, že mi někdo nebo něco pomůže. Být připravený, že to může být i blbý. Ale musí ve mně padnout to rozhodnutí.“ (Marek)*

*„Nebude nic zadarmo. Taky musím přinést oběti a ne dělat ze svých nejbližších oběti. Takže čekám na termín do terapeutické komunity. Prostě jsem se rozhodla... Já nedokážu brát drogy normálně, jsem nebezpečná pro svoje dítě, to si uvědomuju, tam mi funguje to svědomí. Když mi malou brali, tak jsem ji držela za vlasy. Tam je ta vina. Jediný, co umím, je brát, ale nemůžu chtít obojí. Drogy i dítě. Herák je oběť, obrovská, ale už jsem si vybrala. Musím se s ním rozloučit. Takhle jsem se rozhodla. Třeba to zmírní moje pocity viny.“ (Adéla)*

*„Důležitý je se rozhodnout a začít si za tím jít... Chtěl bych bejt samostatnej, mít dobrou práci, ale školu nemám, tak prostě někde a nějak začít. Abstinovat, to je pro mě důležitý, ale jestli to dám, ještě nevím jak. Taky je to z té Bible, co člověk musí obětovat a jak musí bejt statečnej a věřit si.“ (Václav)*

S rozhodnutím souvisí touha získat širší náhled na svůj život a vůle k další abstinenci, případně ke konstruktivnímu řešení problémů, tedy s tím související uvědomění si, že problémy není žádoucí řešit závislostním chováním a tedy nutnost změnit dosavadní nefunkční způsoby řešení vlastních problémů.

*„Změna je taky pro mě, že někam patřím, žil jsem na hovno, ale byla to doted' taková smršť, že mě to ted' nutí přemýšlet, proč jsem se dostal až sem a zkusit sebe najít a zjistit, kam patřím. Ted' jsem se našel tady v té hagioterapii. Pro mě došlo k zásadním změnám už jenom tím, že přemýšlím a uvažuji v realitě. Ale další změnou je to, že budu v léčbě ještě pokračovat dál. Tři měsíce jsou pro mě málo.“ (Ruda)*



*„Umím si představit, že bych si začal hledat práci, pracuju na tom, abych si vyřídil nějakou ubytovnu. Pro mě to bylo hodně přínosný, bohužel bez toho, abych u sebe změnil přístup k realitě, to nepůjde. Musím začít od začátku ... a nemyslet si, že to bude dobrý a že mi někdo nebo něco pomůže.“ (Marek)*

*„Uvědomila jsem si, že můžu ještě něco se sebou dělat a že nikde není napsaný, že to se mnou musí skončit blbě. Od hagioterapie očekávám ... že budu vědět, že mám tady ještě šanci přežít a že moje rozhodnutí to skončit [život] ještě nepřišlo.“ (Iva)*

*„Dalo mi to naději, že jsem mladej a můžu to teď zarazit ... snad mi došlo, že to není jen tak v tom životě, mám v sobě rozhodnutí nebrat, ale taky to, že musím pro to něco udělat...“ (Karel)*

V teoretické části bylo řečeno, že mimořádně silným nástrojem je skupinové terapeutické uspořádání, které pacientům usnadňuje pochopení vztahu k jejich osobní odpovědnosti. Důraz terapeutické skupiny na zpětnou vazbu umožňuje sled kroků vedoucích k přebírání odpovědnosti (jak vidí jejich chování druhí, jaké pocity jejich chování v okolí vyvolává, jak jejich chování tvaruje názory okolí na ně samotné a nakonec, že shora uvedené utváří jejich pocit ze sebe samých), což je patrné v následující výpovědi:

*„Vůbec jsem netušil, co mají kluci za sebou a jak tomu všemu mohli předejít, kdyby ... Pro mě je i tohle důležitý vidět, uvědomil jsem si, že jsem moc mladej a můžu ten svůj život zastavit a otočit.“ (Ruda)*

*„Trpím pocítama viny ... je to o tom, abych se konečně rozhodla, jak to se mnou bude dál. Nevím, jak tu budu dlouho, to se pak debilně plánuje. Ale už to, že jsem to přijala a začala o svém životě přemýšlet, je pro mě zatím to nejvíc. Už docela tuším, že bez rozhodnutí, statečnosti a bez spousty věcí to se mnou nedopadne dobře.... Když budu něčemu věřit, nejlépe sama sobě, tak mám šanci to dát.“ (Pavla)*

## **11.2 Druhá šance**

S tématem rozhodnutí velmi úzce souvisí téma druhé šance, které bylo respondenty během interview i během samotné hagioterapie opakovaně vzpomínáno. Respondenti hovoří o tom, že by si přáli dostat druhou šanci, přičemž si ale sami neuvědomují, že již pouhá skutečnost, že vstoupili do léčby a abstinují, znamená, že dali sami sobě druhou šanci, tedy šanci vést svůj život jiným směrem, a že se jedná o proces, který

vlastně již započal. Respondenti mají tendenci vnímat druhou šanci jakožto něco, co má přijít v budoucnosti, a neuvědomují si, že jde o proces, jehož jsou již součástí. Téma druhé šance velmi úzce souvisí s nadčasovými biblickými příběhy, a právě v souvislosti s nimi se objevuje moment, kdy účastníci hagioterapie zcela nevědomě otevřou téma druhé šance a na terapeutovi následně je, aby je uvedl do kontextu a pomohl jim uvědomit si, že druhou šanci sami sobě již dali vstupem do léčby.

*„Ted' mám poprvé za delší dobu čistou hlavu, tak si říkám, že bych ted' měl začít. Přemýšlím, odkud začít. Advokacie mě totálně vysála, nesnáším hajzly, nechci je obhajovat. Moje témata jsou smysl života, svoboda a dobře se rozhodnout. S pokorou, ale rozhodnout se a dostat ještě jednu šanci.“ (Honza)*

*„Moc bych si přál, aby moje témata byla statečnost a spravedlnost, ale bohužel ... Téma zázraku a odměny a dostat druhou šanci se mi pořád honí hlavou.“ (Marek)*

*„Ale když si vzpomenu, kde jsem byl před třema měsícem a kde jsem ted', tak mám pocit, že to začínám dávat, ale nic moc pevnýho to není. Bejt tak Ježíš... Nebo dostat druhou šanci.“ (Václav)*

## 12 Skupinová dynamika

Kromě terapeutického vztahu a terapeutického prostředí působí na jednotlivé účastníky hagioterapie ještě další, neméně důležitý, faktor, a tím je skupina. Přes vztahy a interakce, které ve skupině vznikají, jsou jednotliví účastníci hagioterapie ovlivňováni. Vztahy ve skupině vznikají nejen mezi jednotlivými členy skupiny navzájem, ale také mezi členy a terapeutem a případně koterapeutem, který se hagioterapie účastní. Jednotlivec tedy může dospět k sebeexploraci a k převzetí odpovědnosti prostřednictvím procesů, jež jsou součástí samotného hagioterapie a jež byly popsány v předchozích kapitolách. Neméně důležitou roli na cestě k uvědomění si reality hraje také skupinová dynamika.

### 12.1 Vztahy ve skupině

První téma, které v souvislosti se skupinou z rozhovorů vyplynulo, je téma vztahů ve skupině. Je pozoruhodné, že o vztazích ve skupině hovořily pouze respondentky-ženy a respondenti muži se o tomto tématu nezmínili.

*„Já si tady připadám důležitě, potřebně, holky mě občas po hagioterapii pochválejí nebo mi řekly, že mě maj rády, tohle jsem neslyšela ani nepamatuju.“ (Pavla)*

*„Když jsme potom šly z kostela, holky na mě byly hrozně hodný, říkaly mi, že jim to je líto a jestli mi můžou pomoci.“ (Vrát'a)*

Skupinové terapeutické uspořádání je mimořádně silným nástrojem, neboť pacientům usnadňuje pochopení jejich osobní odpovědnosti. Důraz terapeutické skupiny na zpětnou vazbu umožňuje sled kroků vedoucích k přebírání odpovědnosti (jak vidí jejich chování druhí, jaké pocity jejich chování v okolí vyvolává, jak jejich chování tvaruje názory okolí na ně samotné a nakonec, že shora uvedené utváří jejich pocit ze sebe samých). Převzetí odpovědnosti je prvním krokem terapeutického procesu.

Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že někteří respondenti jsou si vědomi toho, že skupina od nich očekává, že budou tvarovat své chování, ale přesto u nich stále nedošlo ke zvyšování vědomí ve smyslu získání náhledu

a přetrvává u nich zkreslené sebepojetí, odmítání převzetí vlastní odpovědnosti a odmítání reálného pohledu na život.

*„Některý holky mi po hagioterapii nadávají, ať se vzpamatuju, že si melu furt to samý dokola, že v komunitě nehnu ani prstem, jsem líná a jsem vyčůraná. A že abstinovat fakt nebudu. A to jdou z hagioterapie, na který říkají i supr věci a pak na mě naházej špínu. Takhle to furt mám... Jedna holka, co se tady se mnou baví, mi poradila, abych se zamyslela sama nad sebou.“ (Iva)*

## **12.2 Naslouchání druhým, akceptování jinakosti**

Poté, co je biblický příběh třikrát přečten, přichází dynamická rovina psychoterapie, často velmi konfrontační. MUDr. Remeš klade velký důraz na „tady a teď“, když žádá pacienty, aby popsali své dojmy, emoce a své pohledy na jednotlivé klíčové události v daném biblickém příběhu a dotýká se tak myšlenek, obav a kladných pocitů, které v pacientech daný příběh vyvolal. V této chvíli mají pacienti možnost slyšet názory a emoce ostatních členů terapie, a tyto momenty jsou pro ně často překvapivým odhalením skutečnosti, že na jednu věc se lze dívat rozdílně. Skupinová dynamika a konfrontace s vlastní minulostí či přítomností vedou v důsledku k tomu, že pacienti si uvědomují, že problémové životní situace řeší všichni a nejen závislí lidé.

*„Viděl jsem, jak je ve skupině každý jinej, jak vnímá svět podle toho, jaký je a co prožil... Já jsem měl srovnání, ty chlapíky znám i z jiných programů a na tý hagioterapii ten jejich dosavadní život byl vidět... Jejich chování bylo pro mě přijatelnější a pochopitelnější, to se fakt v těch těžkejch tématech projeví.“ (Robin)*

Respondenti se shodují v tom, že jim hagioterapie ukázala cestu k akceptování jinakosti a různosti názorů. Často pak překvapivě zjišťují, že skutečnost, že někdo má jiný názor, než oni, nutně neimplikuje fakt, že pouze jeden z nich musí mít pravdu a ukazuje jim také, že ani dva jedinci, kteří se názorově neshodují, nemusí nutně stát ve vzájemném konfliktu, a tedy nemusí implikovat vyhraněnost vůči druhé osobě.

*„A na tý skupině je fantastický, že tam slyšíte spoustu názorů na jednu a tu samou věc, kterou vy vidíte tak jasně a úplně vás překvapí, že by na to mohl mít někdo úplně jiný názor.“ (Filip)*

*„Mně ty holky od nás z pavilonu překvapují, jak jednu věc vidíme každá jinak. A vlastně není třeba nic blbě.“ (Iva)*

*„Co mě ale pořád překvapuje, že každej má na jednu a tu samou věc jiný názor. Vidím díky tomu ty kluky z pavilonu i jinak. Když slyším ty kluky od nás z pavilonu, tak mě strašně překvapuje, že mají svůj vnitřní svět i názor. A to mají za sebou strašný věci... Tohle si chci z léčby odnést, nechci lidi soudit podle toho, jak vypadají nebo podle toho, co už mají za sebou...“ (Adam)*

*„V léčbě jsem si uvědomila, že hagioterapie hrála a hraje tu podstatnou roli.... Mně by nenapadlo, že se dá na stejnou věc dívat i jinak, nemusí to být vždycky proti mně ...“ (Vráťa)*

*„Ve skupině je každá jiná, koukám a poslouchám ty holky od nás a čumím na to, co říkají. Některý kážou vodu a pijou víno. To mě strašně sere, ale držím se, nesháním, není důležitý to komentovat, já si chci vzít pro sebe to důležité.“ (Adéla)*

Právě díky výše uvedenému pak pacienti získávají vhled do svých vlastních myšlenek a pocitů a také vzhled do svého chování, což jim umožňuje upravit nefunkční vztahové vzorce a obecně také zlepšit mezilidské vztahy a komunikaci, a to nejprve v rámci skupiny a následně také mimo ni.

### **12.3 Touha po svépomoci a touha pomáhat druhým**

Z rozhovorů dále vyplynulo téma svépomoci, což souvisí také s tématem pomoci druhým. Během a po skončení jednotlivých hagioterapeutických sezení si pacienti dodávají sílu a vzájemně se podporují, a právě toto poskytování a přijímání pomoci se ukazuje být velmi důležitým faktorem. Právě pocit, že mohou být něčím užiteční druhým, dodává účastníkům hagioterapie pocit smysluplnosti.

*„Když si pak povídám s chlapama na pokoji, tak se mě ptají na spoustu věcí a já mám radost, že je to zajímavé. Říkám si, že tohle by mohla být cesta pro mě, když začnu dělat cíleně něco pro druhé... To probuzení způsobila nejdříve moje čistá hlava, tedy střizlivost a pak to nastartovala hagioterapie. Na základě toho ... jsem začal toužit si vzpomenout na to, co vím a pokračovat v tom dál. A jak už jsem Vám říkal, napadlo mě to předávat druhým. Nevím konkrétně jak, ale až se dám do pořádku, tak do toho jdu.... Mám teď chuť žít, chci pomáhat druhým.“ (Filip)*

*„Chtěla bych být prospěšná pro druhé, pomáhat a nemyslím jen v rámci své lékařské profese.“ (Katarína)*

*„Děda mi říkal, že jsou věci, na který se můžeš vykašlat, ale pak jsou situace, kdy se na to vykašlat nejde, protože může jít i druhým o život ... Chtěl bych zvládat sám sebe tak, abych nebyl nikomu na obtíž a ještě třeba pomáhal druhým.“ (Ruda)*

Skupina, stejně jako terapeut, může být příčinou toho, že se jedinec rozhodne realizovat sebeuspokojení jiným způsobem, než prostřednictvím užití drogy. Toto je opět předpokladem rozvoje adaptivní spirály, která by měla přetrvávat i po skončení terapie.

### 13 Specifická genderová témata v hagioterapii a jejich význam

Z rozhovorů dále vyplynulo několik témat, které lze označit jakožto specificky genderová. Respondentky nejčastěji uváděly, že v hagioterapii vnímají jako ženská témata mateřství (4 z 8 respondentek) a pocity viny (5 z 8 respondentek). Jako mužská témata následně uváděly boj, spravedlnost, statečnost a překvapivě také víru. Většina respondentek shodně uvedla, slovy Kataríny, že: „do kostela k Bibli patří muž“. Respondentky dále uváděly, že vnímají, že značné rozdíly mezi oběma pohlavími se budou vyskytovat **v rovině sdělení a v rovině prožitku**. (Katarína, Vráťa)

*„Ženská skupina mě ovlivňuje ... při tématu, kde je role matky, tak to má pro mě jinou váhu, když to říká žena.“ (Katarína)*

*„Ženský se ve všem babraj, hledaj ty souvislosti, matlaj se v detailech, chlapi si daj přes hubu a hotovo. Ale zase jim unikaj takový ty zdánlivý maličkosti ...“. (Adéla)*

*„Chlapi mají jiný názory ... chlapi nezaobalujou, tak nějak ty věci vnímají zjednodušeně, my [ženy] to furt rozebíráme a pitváme. Ženská na to sdělení potřebuje sto vět, chlap jedno slovo. Ženský mají taky jiný přístup k mužům, než muži k ženám. Ženy se mužům víc odevzdávají, víc jim věří. Chlapi jsou taky větší bojovníci přes tu sílu, kdežto ženy jsou větší bojovnice v tom vnitřním světě člověka.“ (Vráťa)*

Podle MUDr. Remeše existuje rozdílnost psychik u žen a mužů, která se projevuje rozdílným fungováním mužských a ženských skupin.

*„V mužských skupinách se v průběhu hagioterapie dá více bojovat a je možné vstupovat do jasného konfliktu a do názorového souboje, protože muži to docela dobře vydrží. Muži jsou jakoby „z plastelíny“, dáváš jim rány, oni se různě deformují, ale nerozpadnou se. Ženy jsou spíše „ze skla“. Tlačíš na ně, vůbec nic se neděje, ale pak zatlačíš malinko přes hranu a rozpadnou se (Remeš, ústní sdělení, 16. 12. 2015).*

Muži tematizovali následující specificky mužské kategorie a témata: statečnost, boj, ochranu, hrdinství, spravedlnost a poněkud překvapivě také víru v Boha.

*„Bibli vnímám jako čistě mužskou záležitost.“ (Filip)*

*„Bible je o mužích ... ale to podstatný, co v tom je, se týká i žen.“ (Adam)*

*„Bible je pro všechny, ale je pravda, že teď když nad tím přemýšlím, tak by měla být jen pro chlapy a ti by to měli předávat ženám... asi tu víru umí nebo mají hlásat muži.“ (Ruda)*

Muži zpravidla ve svých výpovědích uváděli, že si nejsou schopni vybavit žádné specificky ženské téma v hagioterapii. Dva respondenti jmenovali, že u žen jako téma vnímají pocity viny, zatímco mateřství jako specificky ženské téma uvedl během interview pouze jeden respondent. Několik respondentů během interview zmínilo, že ženy jsou v životě více kritické vůči ženám a jdou více do hloubky. Jako překvapivé se ukázalo zjištění, že muži sami sebe vnímají tak, že jsou během hagioterapie více upovídání ve srovnání s ženami, což naráží na jeden z genderových stereotypů v naší společnosti.

*„Můj soukromý postřeh je, že my chlapi jsme víc upovídány... ale holky jsou tak nějak kritičtější.“ (Robin)*

*„My chlapi víc mluvíme ... nejdeme až do takových detailů. Vy ženy v tom vidíte věci, které v tom podle mě nejsou.“ (Filip)*

*„Ale někdy mi přijde, že ženy jsou daleko víc tvrdší ve svých názorech a tak nějak ty věci vidí ze široka. To my chlapi to máme trochu víc jakoby zjednodušený. Tak nějak se v tom neštouráme. Ale nejsme jako chlapi potichu, pořád něco říkáme, jsme docela ukecaný.“ (Marek)*

*„Ženský téma ... to budou prachy a jak na někoho něco vymyslet, aby jim bylo líp. Jo a asi když půjde o děti, to je ženský téma. Jednou byla na skupině jedna paní a ta mluvila o pocitech viny, ale já jsem třeba tohle neřešil, ale třeba ženský maj tyhle pocity viny.“ (Václav)*

Jeden respondent uvedl, že vnímá značný rozdíl mezi oběma pohlavími v rovině sdělení a v rovině prožitku, abych použila jeho slova:

*„V tom, jak se na určité téma dívá muž a žena. My muži jdeme přímo, jasně a krátce. Vy ženy do toho jdete, ale je v tom cítit, že Vás v tom ovlivňuje spousta vlastních zkušeností. Vidíte ty věci moc ze široka, nejsem si jistý, jestli vás to pak neničí víc, než nás. A taky do té terapie jdete víc emocema.“ (Ruda)*



Jako velmi překvapivé se ukázalo zjištění, že téměř všichni respondenti uváděli, že „**Bible patří do rukou muže**“ a že hagioterapeutická sezení v kostele vedená psychoterapeutkou – ženou, by byla „méně důvěryhodná“. Pokud jde o věrohodnost, důvěryhodnost ženy psychoterapeutky, je velmi pravděpodobné, že se zde jedná o projekci či o parataxickou distorzi. Například respondentka, která byla v dospívání znásilňována svým otčímem, uváděla, že matka o této skutečnosti věděla a nikdy nezasáhla. Tato respondentka následně na otázku, jak by vypadala hagioterapeutická sezení s ženou psychoterapeutkou uvedla:

*„Kdyby byla podobná mojí mámě, tak bych k ní neměla důvěru“ (Vrát'a).*

*„Neměla bych pocit tý ochrany, tý pravý mužský. Já si myslím, že žena může docílit jen mateřskou ochranu ... Já tam prostě vidím tátu, ta jeho ochrana, to bylo to pravý, opravdový. Já tuhle terapii prostě vnímám tak, že je výsadou pro muže terapeuty. Výsadou v důvěryhodnosti.“ (Hedvika)*

*„Třeba by mi mohla někoho připomínat, v dobrém i ve špatném, což s chlapama tak nemám, to je zajímavý. I když mi chlap někoho připomíná, tak to tak nějak nevnímám osobně ... (dlouhá pauza), ale je to tak, s ženskýma i mladejma to tak mám. Ne každá žena mi ale někoho připomíná, ale už se mi to tak několikrát stalo. Pak mě to ovlivňuje a i se mi stalo, že podle toho jsem ji soudil.“ (Robin)*

V poněkud odlišném kontextu popisují situaci další respondenti – převážně muži, zde narážíme částečně na projekci, ale především opět na genderové stereotypy v naší genderově polarizované společnosti, tentokrát ve vztahu k rolím a pozicím muže a ženy. Zde se objevuje také moment, kdy respondenti vyjadřují své předsudky vůči roli ženy-psychoterapeutky, které a priori přisuzují určité vlastnosti a dovednosti:

*„Aby něco fungovalo a mělo smysl, je potřeba tomu taky věřit. Promiňte, ale na mě by to nemohlo tak fungovat a nemělo by to pro mě takovou výpovědní hodnotu a autenticitu, kdyby to vedla žena. Nemám s tím problém v jiné terapii, ale tady v tom duchovním prostředí ... Duchovní vedení musí být podle mě mužem. Není to podle mě předsudek. Takhle to prostě je. Bůh, Ježíš... Nezlobte se, ale já bych té terapii nevěřil. Ne té psychoterapeutce, ale té výpovědní hodnotě.“ (Honza)*

*„Otázkou je, jak by hagioterapie vypadala, kdyby ji vedla psychoterapeutka s Biblí v ruce ... Říkal jsem si, že je to o člověku, ale musí to být uvěřitelné, věrohodné ... Došlo mi to teď, že k seznámení s Biblí patří muž.“ (Filip)*

*„Jsem stejně přesvědčený o tom, že věrohodnější je muž, když drží v ruce Bibli, tak nějak tomu věřím víc. Ne, opravdu mi ta žena k tomu nejde.“ (Marek)*

*„Neuražte se, ale číst z Bible a být v kostele a tuhle psychoterapii aby dělala žena ... Víte co? Přijde mi to nevěrohodný, neumím si to představit.“ (Ruda)*

*„Pro mě je kostel ve spojení s farářem. Já to vnímám jako čistě mužskou záležitost... Ježíš byl chlap, v Bibli taky převaha chlapů, ke kostelu taky patří farář, chlap.“ (Adam)*

*„Ženská by to podle mě neudržela, asi by se to rozplizlo. Na ženskejch je víc vidět, když jsou nasraný. Cejtěj to podle mě víc přes to vevnitř. My to spíš řešíme hlavou. Myslím si, že by to ženská nedala, to jsou fakt hrozně těžký věci, o kterých tam mluvíme ... já bych jí to ale stejně nevěřil. V tom kostele a s tou Biblí je to divný, když je to ženská, ne?“ (Karel)*

*„A můžou ženský vůbec číst z Bible v kostele? ... Já nemám nic proti terapeutkám, jen furt přemýšlím, jestli bych na tu terapii chodil ... Já bych tam nechodil.“ (Václav)*

Je zřejmé, že ženě-terapeutce jsou jednotlivými respondenty přisuzovány spíše negativní charakteristiky. Několik respondentek – žen tyto předsudky a negativní charakteristiky vůči osobě ženy-terapeutky také zmínilo, pouze dvě respondentky uvedly, že by si hagioterapii s ženou psychoterapeutkou představit uměly.

*„Nemám nic proti terapeutkám, to vůbec ne ... ale že by v kostele byla [žena – terapeutka] s Biblí? Já nevím, nejsem si jistá, že bych ty ženský věřila. Pro mě je to divný a nepředstavitelný. K Biblí patří muž, děti rodí ženy. Tečka.“ (Pavla)*

*„Já bych tam nechodila. Ta terapie by určitě nemohla být s ženskou v kostele. Musela bych ty terapeutce věřit ...“ (Iva)*

Pokud jde o genderové stereotypy a sociální role, také toto téma se objevilo v rozhovorech s některými respondenty, kteří například hovoří o tom, nakolik je trápí, že zklamali v některých rolích, které jim společnost

přisuzuje, případně že nejsou schopni dostát některým závazkům, které na ně okolí a společnost obecně klade a které přímo souvisí s jejich genderem.

*„Mám k ženám velkou úctu, líbí se mi, sehrály obrovskou roli v mém dětství a dospívání ... muž by měl ženu ochránit, rozmazlovat, pomáhat jí a uživit jí a současně jí dát prostor, aby se rozvíjela, nebo dělala věci, které má ráda.... Miluju děti a moc bych si přál je mít. Chci se pokusit založit rodinu.“ (Filip)*

*„V medicíně jsou obory, kam žena nepatří. Podléháme víc emocím.“ (Katarína)*

Zatímco muži velmi řeší otázky řádu a organizovanosti, ženy se spíše vztahují k situacím podle toho, zda dané situace někomu ubližují či ne. Respondenti také popisují, že ženy jsou citlivější, více zranitelné, občas pod tíhou problémů hysterické. Je otázkou, do jaké míry jsou jejich výpovědi ovlivněné výchovou a genderovými stereotypy vyskytujícími se v naší společnosti.

*„Ty ženy tam byly jasně citlivější, než my ... tak nějak jim to víc splývá, já mám raději ty věci ohraničené, jako v obálkách.“ (Robin)*

*„Ženský to maj taky dobře hozený, ale viděj nějak toho víc, než vidíme my kluci. A nevím, jestli je dobře se v tom tak matlat...ženský všechno překombinujou, lítaj v emocích a neuměj to vidět tak opravdově a jednoduše.... racionálně.“ (Václav)*

Podle Carol Giliganové mohou být způsoby uvažování žen a mužů natolik odlišné, že mohou být nepřevoditelné. V souvislosti s mužskou psychikou používá Gilliganová termín „morálka spravedlnosti“, zatímco v souvislosti s ženskou psychikou hovoří o takzvané „morálce péče“, jejímiž klíčovými hodnotami jsou blízkost a vztah. Třebaže se tedy zdá, že v mysli člověka nemůže jeden aspekt existovat odděleně od druhého, je zřejmé, že se ve skutečnosti nedají vzájemně převádět. Každý z nás tedy nese stopy specifického genderu a každý z nás inklinuje k mužské morálce řádu nebo k ženské morálce soucítění, aniž by toto implikovalo nutnost popření protipólů (Remeš & Halamová, 2013).

*„Mužské a ženské skupiny se odlišují v přístupu ke strukturování a v přístupu k problémům obecně, kdy muži probíraná témata reflektují více „přes hlavu“ než ženy a*

*kladou je do jakéhosi obecnějšího „toku řádu“, v němž se pak snadno pohybují. K výhodám tohoto způsobu reflexe patří fakt, že se s probíraným lépe skupinově zachází; nevýhodou ale je, že tímto způsobem se směřuje více k filozofování a sklouzává k obecnosti a zjednodušení“ (Pavla Státníková, ústní sdělení, 17.1.2016).*

Na závěr bych ráda uvedla postřeh jednoho z respondentů, který koresponduje s tím, jak jsem genderové rozdíly ve vnímání hagioterapie mužů a žen vnímala během jednotlivých hagioterapeutických sezení já jakožto koterapeut:

*„Doktor Remeš se nás zeptal, za co bysme poděkovali, kdyby nám zbývaly poslední minuty života. My chlapi odpovídali například, že jsem se svezl ve Ferrari, vystudoval jsem architekturu, někdo jiný, že třeba vydělal milion a tak podobně. Pro Vás holky byla odpověď, že jste poznaly mateřství, lásku, svět. My o sobě a o hmotě, Vy o emocích, hodnotách.“ (Filip)*

## 14 Diskuse

Tato práce je založena na výzkumném souboru, který je tvořen rozhovory s celkem 16 respondenty, kteří se léčí na oddělení závislostí Psychiatrické nemocnice Bohnice. Tento soubor tvořilo osm žen z pavilonů 7 a 8 a osm mužů z pavilonu 35. Ve výzkumném souboru byly zastoupeny věkové kategorie od 20 do 56 let, rovněž nejvyšší dosažené vzdělání absolventů bylo rovnoměrně zastoupeno, od absolventů vysokých a středních škol po osoby se základním vzděláním. Pokud jde o zastoupení jednotlivých závislostí, vzorek obsahoval čtyři gamblery (tři muže a jednu ženu), sedm závislých na nelegálních návykových látkách (zde převažoval pervitin), celkem šest alkoholiků (alkohol převažoval u žen). Uvedený vzorek lze tedy považovat za víceméně reprezentativní.

Respondenti byli vybíráni prostřednictvím inzerátu, který byl vyvěšen na nástěnkách v jednotlivých pavilonech. Předpokládám, že se mi od respondentů dostávalo pravdivých informací, neboť se výzkumu účastnili dobrovolně z vlastní vůle. Nedostatkem výzkumného souboru je nízký počet respondentů, a proto není možné uvedené výsledky výzkumu generalizovat a považovat je za obecně platné u všech účastníků hagioterapie.

Mé postavení vůči respondentům bylo rovněž problematické v tom smyslu, že se závislými ženami pracuji již 20 let, a proto pro mě bylo mnohdy složité zaujmout k nim postoj výzkumníka a nikoliv obvyklý postoj terapeuta. Jejich příběhy a problémy řeším téměř každodenně, a bylo tudíž složité se od této skutečnosti oprostit a zaujmout ke všemu objektivní stanovisko a přitom zároveň kódovat a kategorizovat jednotlivá témata. Pokud jde o mé postavení vůči respondentům mužského pohlaví, zde situace nebyla tolik problematická, neboť sice docházím pravidelně na hagioterapie, nicméně nepůsobím na mužském pavilonu jako terapeut a tudíž jsem byla schopna zachovat si větší odstup a objektivitu. Je však pravdou, že na hagioterapii pro mužské pacienty PN Bohnice jsem docházela od února 2015 a že jsem byla fascinována jak samotnou metodou, tak nadčasovostí biblických příběhů, a této skutečnosti jsem si byla vědoma. Právě proto jsem využila časového odstupu, který mi měl pomoci v tom, abych si vše urovnala do terapeutického kontextu, a teprve poté jsem zahajovala rozhovory s jednotlivými respondenty. Byla jsem si

vědoma, že je nutné udržet odstup od mého osobního prožitku v rámci hagioterapeutického sezení, než přistoupím k jednotlivým respondentům jakožto výzkumník.

Zvolená kvalitativní metoda (polostrukturovaný rozhovor) byla pro tento typ výzkumu vhodně zvolená. Třebaže bylo vedení rozhovoru časově náročnější než metody kvantitativního charakteru, právě polostrukturovaný rozhovor umožnil značnou flexibilitu. Díky doplňujícím otázkám bylo možné rozhovor směřovat patřičnou cestou a tím téma zpracovat komplexně a v patřičné hloubce. Právě tato metoda umožnila, že z jednotlivých rozhovorů následně vyvstala i další témata, o nichž původně nebylo v plánu hovořit, případně by mě ani nenapadlo, že bychom se k nim mohli dostat.

Etické náležitosti byly zachovány po celou dobu trvání rozhovorů. Všichni respondenti se účastnili výzkumu dobrovolně, nikdo z nich nepožádal o přerušení rozhovoru ani o následnou péči z důvodu psychického rozladu.

Pokud jde o genderové rozdíly v reflexi jednotlivých účastníků hagioterapie, je patrné, že gender hraje velkou roli v tom, jakým způsobem respondenti vnímají a nahlíží terapeuta samotného, přičemž gender není jediným kritériem, které má vliv na tuto skutečnost, významnou roli má také věk respondentů a rodinné zázemí respondentů. Tam, kde v dětství chyběl otec jakožto autorita, mají respondenti-muži tendenci vnímat terapeuta jako vhodný mužský vzor, někdy si jej až idealizují, jak bylo patrné z výše uvedených rozhovorů. Respondentky-ženy nahlíží terapeuta jako potencionálního partnera, objekt fyzické přitažlivosti, případně se jím cítí být opečovávány a přirovnávají vztah terapeut-pacient ke vztahu otce a dcery. Tyto skutečnosti by byly vhodným podnětem k budoucímu výzkumu, jejich hlubší analýza však není předmětem této práce.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že respondenti přisuzují některým prvkům hagioterapie subjektivně vyšší význam. Jedná se zejména o terapeutův přístup k respondentům samotným, tedy oceňují přístup, který je neodsuzující a akceptující. Zde nebylo patrné, že by tato skutečnost byla ovlivňována genderově. Dalším prvkem, jemuž respondenti přisuzují

subjektivně vyšší význam, je gesto podání ruky. Zde je možné pozorovat genderové rozdíly. Podání ruky je intimním gestem, které je součástí dojmu a vyjadřuje nejen náš vztah ke druhým, ale je také nositelem informace o nás samotných. Toto gesto je možné nahlížet v několika rovinách, v našem případě jde o výraz přátelství a projev důvěry a také o určitou poctu. U žen má rituál "podání ruky" zřejmě poněkud jiný význam, což má pravděpodobně kořeny v historickém vývoji. V jeho průběhu se ženy žádných smluvních dohod, politických jednání a další činnosti, kde byl jednotlivý akt završen podáním ruky, nezúčastňovaly. Rovněž při společenských akcích se vzájemné představování a další kontakty obešly bez podání ruky - většinou postačil úklon. Možná, že i toto zanechalo u žen určitá vodítka pro způsob, jakým ženy dnes vnímají gesto podání ruky. Je rovněž velmi pravděpodobné, že tuto skutečnost budou ovlivňovat další faktory, například dosažené vzdělání, sociální prostředí, z něhož ženy pocházejí, profesní zařazení, přítomnost zneužívání v anamnéze... Bylo by jistě možné jmenovat ještě řadu dalších faktorů, které se budou lišit případ od případu.

Ve vztahu ke kategorii kostela z rozhovorů vyplývá, že ženy v první řadě hovoří převážně o emocích a pocitech, které v nich prostředí kostela vzbuzuje, zatímco muži kromě pocitů hovoří především o vzpomínkách, které se k prostředí kostela váží.

Pokud jde o nadčasové biblické příběhy, rovněž v tomto případě z rozhovorů vyplývá, že muži hovoří o vzpomínkách na minulost a také o mužských vzorech v rámci své rodiny. Vzhledem k tomu, že tato práce obsahuje vzorek, jež zahrnuje pouze 16 respondentů (8 žen a 8 mužů), bylo by zavádějící výše uvedená zjištění generalizovat a vyvozovat obecnější závěry.

V případě, kdy byla respondentům položena otázka: „Jaké změny se u Vás v rámci hagioterapie odehrály?“, byl převládajícím tématem návrat emocí. Ženy hovořily především o svém vztahu vůči okolí, o emocích a zvláště o pocitech viny, které mají vůči okolí. Muži spíše hovořili o sobě a o změnách, které se vztahují k jejich osobnosti (ve smyslu konečně cítím, zamýšlím se sám nad sebou, jak se já sám cítím a tak dále). Zde tedy je

možné vnímat jisté genderové rozdíly. Tyto rozdíly mohou v případě žen souviset s mateřstvím a s rolí matky, kdy ženy hovoří o pocitech viny, o tom, že ublížily svým dětem, své rodině. Muži, kteří jsou v tomto výzkumném souboru zastoupeni, buď děti neměli, nebo měli děti již dospělé, případně byly jejich děti v péči matky, a je tedy možné, že toto je jedna z příčin, proč muži o pocitech viny nehovoří stejně, jako ženy. Je však nutné zdůraznit, že muži popisovali, že vnímají, že ženy mají pocity viny a uváděli, že toto je specificky ženské téma.

Pokud jde o vztahy a interakce ve skupině, respondenti hovořili výlučně o jejich vztahu k terapeutovi, o vztazích ve skupině nehovořili. Není jasné, zda je tomu proto, že by tomuto faktoru nepřisuzovali význam, nebo z nějakého jiného důvodu. Z rozhovorů dále vyplynulo téma naslouchání druhým a akceptování jinakosti, zde bylo možné pozorovat, že muži uvádějí, že díky tomu, že jejich spolupacienti hovoří o svém dosavadním životě, stává se pro ně pochopitelnější jejich chování a jednání. Respondentky uvádí, že pro ně bylo překvapivé zjistit, že to, že má druhý jiný názor, neznamená, že nemají ony samy pravdu, či případně že to není špatně a nutně to nemusí znamenat vzájemný konflikt. Pro ženy je zřejmě velmi důležité vědět, že si o nich okolí nemyslí nic špatného. Muži spíše popisují, že rozmanitost názorů je překvapující a obohacující, neobjevují se negativní pocity či moment, který lze popsat jako: „ten druhý má jiný názor, tedy já jsem ten špatný“.

Samostatnou kapitolou je otázka specifických genderových témat v hagioterapii a jejich významu. Respondenti se k tomuto tématu vyjadřovali proto, že byli tázáni. Zde uváděly respondentky téma mateřství a téma pocitů viny jakožto témata specificky ženská. Z osmi respondentek z výzkumného souboru uvedlo jako specificky ženské téma mateřství všech osm, přestože dvě respondentky samy matkami nejsou. Pouze dva muži uvedli, že vnímají pocity viny jako specificky ženské téma a je velmi překvapivé, že pouze jediný respondent uvedl, že specificky ženské téma je téma mateřství.

Mimo tuto otázku však z rozhovorů vyplynulo několik zajímavých zjištění. Respondentky uváděly, že vnímají, že mezi oběma pohlavími bude



existovat značný rozdíl v rovině sdělení a v rovině prožitku. Jako velmi překvapivé se ukázalo zjištění, že téměř všichni respondenti uvedli, že „Bible patří do rukou muže“ a že víra je primárně mužská záležitost, třebaže jsou v Bibli a v nadčasových biblických příbězích obsaženy i ženy.

Pokud jde o možnosti a cesty, kudy by mohl výzkum směřovat a pokračovat v budoucnu, je zřejmé, že by bylo žádoucí, aby výzkumná část zahrnovala větší počet respondentů, neboť to by umožnilo učinit obecnější závěry. Velký potenciál mají rovněž jednotlivá témata nebo chcete-li kategorie, které z rozhovorů vyplynuly. Je zde tedy prostor, aby se pozornost věnovala například problematice otevírání traumat, případně pouze osobnosti terapeuta či terapeutického prostředí. Bylo by rovněž zajímavé sledovat a porovnávat vliv a účinky hagioterapie u pacientů s jednotlivými závislostmi, tedy například porovnat pacienty závislé na pervitinu s pacienty závislými na heroinu, neboť je zřejmé, že minimálně v kategorii emocí a pocitů bychom se dobrali diametrálně odlišných výsledků. Bylo by rovněž zajímavé a jistě podnětné porovnávat hagioterapii jakožto formu skupinové terapie s jinými skupinovými terapiemi v PN Bohnice.

## 15 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem reflektují pacienti význam hagioterapie v procesu vlastní léčby závislosti i význam, jaký má hagioterapie v jejich životě vůbec. Respondenti uváděli, že hagioterapie pro ně má velký smysl a vnímají ji jako nedílnou součást své léčby, v mnoha případech hagioterapii respondenti považují za zásadní předpoklad na cestě k dosažení svého uzdravení. Pokud jde o místo a hodnoty, které by respondenti přiřadili hagioterapii ve svém životě, z výzkumu vyplývá, že hagioterapie respondentům pomáhá ve vlastní sebereflexi, v uvědomění si reality a tím pádem je podstatným krokem k vystoupení ze spirály závislostního chování. Z výzkumu rovněž vyplynulo, že v rámci hagioterapie skutečně existují takové prvky, jimž respondenti přisuzují subjektivně vyšší význam. Uvedme alespoň následující: terapeutův nehodnotící a akceptující přístup, nadčasové biblické příběhy, které jim dodávají naději, gesto podání ruky či například význam terapeutického prostředí.

Pokud jde o genderové rozdíly mezi jednotlivými respondenty ve vnímání hagioterapie, z výzkumu vyplývá, že skutečně existují významné genderové rozdíly mezi respondenty, nikoliv však v tom, jakým způsobem hagioterapii vnímají, ale v tom, jakým způsobem zpracovávají jednotlivé podněty a jakým způsobem na ně hagioterapie působí. Potvrzuje se tedy teoretické východisko (viz kapitola 2.1), že gender hraje významnou roli ve 1) způsobu užívání návykových látek, 2) v rozdílných psychických reakcích žen a mužů na tyto látky, 3) v reakcích blízkého okolí a společnosti na závislé muže a závislé ženy, 4) liší se rovněž způsoby, jakými vyhledávají ženy a muži odbornou pomoc a v neposlední řadě, a to především, 5) jejich interakce s psychoterapeuty jsou odlišné – a to právě v závislosti na pohlaví klientů.

## 16 Použitá literatura

Adamkovičová, D. (2011). *Aplikácia psychologických aspektov biblických príbehov vo vybraných psychoterapeutických smeroch* (diplomová práce). Dostupný z: [www.ctar.sk/wp-content/uploads/DP\\_adamkovicova\\_PK.pdf](http://www.ctar.sk/wp-content/uploads/DP_adamkovicova_PK.pdf).

Anderson, T. L. (2001). *Drug Use and Gender*. In: Faupel, C. E. & Roman P. M. (Eds.), *Encyclopedia of Criminology and Deviant Behavior, Volume IV: Self-Destructive Behavior and Dis-valued Identity*, pp. 286–289. Philadelphia: Taylor & Francis Publishers.

Balcar, K. (2007). *Logoterapie a existenciální analýza. Výcvik a vzdělání*. Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php?page=kb1>

Brady, K. & Back, S., & Greenfield, S. (2009). *Women and addiction*. New York: Guilford Press.

Brooks, G. R., & Good, G. E. (2001). *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men. A Comprehensive Guide to Settings, Problems, and Treatment Approaches*, San Francisco: Jossey-Bass.

Covington, S. (2008). Women and Addiction: A Trauma-Informed Approach. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 40 (sup5), pp. 377–385.

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2008.10400665>

EMCDDA (2010). *Hlasy žen. Zkušenosti a vnímání žen, které musí v Evropě čelit problémům souvisejícím s drogami*. Praha: Centrum adiktologie a sdružení SCAN.

Frankl, V. E. (2011). *Bůh a člověk hledající smysl*. Brno: Cesta.

Gilligan, C., & Klimentová, E. (2001). *Jiným hlasem*. Praha: Portál.

Hanzal, P. (2007). Partneři matek léčících se ze závislosti na návykových látkách – záchrana nebo zhouba? In: *Adiktologie* 7 (3), str. 238–385.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Haseltine, F. (2000). Gender Differences in Addiction and Recovery. In: *Journal Of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(6), pp. 579–583.  
Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1089/15246090050118080>

Chen, G. (2009). Gender Differences in Crime, Drug Addiction, Abstinence, Personality Characteristics, and Negative Emotions. In: *Journal Of Psychoactive Drugs*, 41(3), 255–266. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2009.10400536>

Jarošová, R. (2014). Psychoterapeutický potenciál Bible. Poselství příběhů Starého zákona pro dnešní dobu. Olomouc: (nevydaná bakalářská práce).

Kabíčková, O. (2014). *Gender programy v TK pro drogově závislé*. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130140205>

Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada.

Kavenská, V. (2009). *Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu*. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kavenska.pdf>

Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Kratochvíl, S. (2001). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.

Masarykův slovník naučný: Lidová encyklopedie všeobecných vědomostí (1927), III. díl, H-Kn. Praha: Československý Kompas.

Miovský, M. (2010). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.

Mravčík, V. (Ed.). (2014). Hazardní hraní v České republice a jeho dopady. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1619/312/hazard\\_final\\_web.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1619/312/hazard_final_web.pdf)

Mravčík, V. (Ed.). (2014). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1347/626/VZ-2013.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1347/626/VZ-2013.pdf)

Newman, J. L. & Mello, N. K. (2009). *Neuroactive Gonadal Steroid Hormones and Drug Addiction in Women*. In: K. T. Brady, S. E. Back & S. F. Greenfield (Eds.), *Women and Addiction. A Comprehensive Handbook* (pp. 35–64). New York: The Guildford Press.

Nechanská, B. (2013). Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky (alkohol a jiné drogy) hospitalizované v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR v roce 2012. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_46.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_46.pdf).

Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Oakley, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.

Petrusek, M. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Univerzita Karlova, Vyd. Karolinum.

Preslová, I. (2015). *Gender a drogy*. In: Kalina, K. (2015), *Klinická adiktologie* (str. 559–568). Praha: Grada.

Preslová, I., & Maxová, V. (2009). *Ženy & drogy*. Praha: Sananim.

Reed, S. C. & Evans, S. M. (2009). *Research Design and Methodology in Studies of Women and Addiction*. In: K. T. Brady, S. E. Back & S. F. Greenfield (Eds.), *Women and Addiction. A Comprehensive Handbook* (pp. 14–31). New York: The Guildford Press.

Remeš, P. & Halamová, A. (2013). *Nahá žena na střeše*. Praha: Portál.

Remeš, P. (1998). Hagioterapie – nový směr existenciální psychoterapie? In: *Česká a slovenská psychiatrie*, 94(4), str. 206–211. Dostupné z: <http://www.hagioterapie.cz/?p=75>

Schmidtová, J. (2007). Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FASD). In: *Adiktologie* 7 (3), str. 352–367.

Spurná, R. (2012). *Obsahová analýza časopisu Praktická žena: genderový pohled*. Olomouc: (nevydaná bakalářská práce). Dostupné z: [https://theses.cz/id/7wmjh6/Obsahova\\_analyza\\_Prakticke\\_zeny-Spurna.pdf](https://theses.cz/id/7wmjh6/Obsahova_analyza_Prakticke_zeny-Spurna.pdf)

Straussner, S. L. A & Zelvin, E. (2006). *Gender and Addictions: Men and Women in Treatment*. New Jersey: Rowman and Littlefield Publishers, Inc.

Vondráčková, P. (2011). *Vzorce užívání alkoholu u žen a mužů*. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3296/Vzorce-uzivani-alkoholu-u-zen-a-muzu>

Vacek, J. (1996). *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta.

Vybíral, Z. & Roubal J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.

Yalom, I. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Yalom, I. (2004). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.

Yalom, I., & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

Zilberman, M. L. (2009). *Substance Abuse Across the Lifespan in Women*. In: K. T. Brady, S. E. Back & S. F. Greenfield (Eds.), *Women and Addiction*.  
A

## 17 Přílohy

### Příloha 1: Vyjádření etické komise

**PSYCHIATRICKÁ  
NEMOCNICE  
BOHNICE**

**Etická komise**  
[ekomise@pibohnice.cz](mailto:ekomise@pibohnice.cz)

**Alice Herešová**  
Terapeut – Pavilon 7  
Psychiatrická nemocnice Bohnice  
[aliceheresova@seznam.cz](mailto:aliceheresova@seznam.cz)

Naše značka Vyřizuje/linka: 420284016141 V Praze dne 28. 5. 2015

**Žádost o umožnění sběru dat**

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice vyslovila **souhlas** se sběrem dat pro diplomovou práci (magisterské studium na 1. lékařské fakultě UK- obor adiktologie - školitelem práce je Mgr. J. Vacek, oponentem práce je MUDr. PhDr. P. Remes) „**Genderové rozdíly ve vnímání hagioterapie v terapeutickém procesu ústavní léčby závislosti žen a mužů v Psychiatrické nemocnici Bohnice.**“

Etická komise žádost posoudila a schválila bez výhrad.

**MUDr. Richard Krombholz**  
Předseda etické komise PL Bohnice

**Mgr. Jan Pomykacz v.z.**  
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice  
Ústavní 91  
181 02 Praha 8 – Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice Ústavní 91 181 02 Praha 8  
Tel: +420 284 016 111 Fax: +420 284 016 595 www.bohnice.cz  
Bankovní spojení: Komerční banka a.s., 16454081 0100 IČ: 00064220 DIČ: CZ00064220



**Příloha 2:** Doslovné přepisy rozhovorů (viz. přiložené CD)

